الفصل العشرون

علاج مشكلات الكحول والمخدرات

Drugs and alcohol problems Treatment

Michael Gossop ميخائيل جوسوب

الفصل العشرون

علاج مشكلات الكحول والمخدرات

ميخائيل جوسوب Michael Gossop

على الرغم من أن اضطراب الاعتماد دائمًا مايكون جزءاً مهمًا من مشكلات المخدرات والكحول ، التي تؤدى إلى إجراء فحص نفسى . إلا أنه من الضرورى أن نضع فى اعتبارنا المدى العريض من المشكلات والصعوبات التى يمكن أن تظهر نتيجة لاستخدام المخدرات والكحول . وفى ضوء عديد من الاعتبارات ، تبدو مفاهيمنا عن اضطرابات الاعتماد أقرب لأن تكون أفكاراً مبكرة عن المرض العقلى . فتعبيرات مثل " إدمان " يمكن أن تظهر للإشارة إلي اضطراب محدد ، إلا أنه من الافضل النظر اليها باعتبارها تشير إلى مجموعة غامضة وغير محددة من المشكلات . ونتيجة لذلك لايصبح هناك معنى لأن نسأل كيف نعالج الإدمان ، وإنما أن نسأل كيف نعالج المرض العقلى . إن المطلوب هو خصائص أكثر تحديداً لمواصفات الأبعاد أو العوامل المسئولة عن الإدمان . وقد أدى الفشل فى الاعتراف بذلك إلى جهود بغير طائلٍ لتحديد طريقة علاج مختارة " يمكن تطبيقها فى كل حالات (أو أغلبها على الأقل) الاعتماد على المخدرات والكحول . وخلال العشرين أو الثلاثين عاما الماضية ، استخدم كل نوع من أنواع التدخل العلاجى ، الذى يمكن تخيله فى هذا المجال ، وقد أدى ذلك لاكتشاف أن أغلب هذه الأساليب قدمت باعتبارها الكرة السحرية ، التي ستحل أخيراً مشكلة الاضطراب الإدمانى . وكما ذكرنا فى الفصل السابق ، فإن أساليب علاج المخدرات والكحول يتعين أن تفصل وتصمم طبقًا لاحتياجات الفرد . وهذه العبارة التى تبدو بسيطة ولا تثير خلافاً تتحول لتكون لها دلالات معقدة ويصعب الوصول إليها ، إذا طبقت بطريقة جادة فى الممارسة الأكلينيكية . والدلاله الأولى لها هى أنه لايوجد ولايمكن توقع أن يوجد ، علاج واحد منفرد لهذه المشكلات . وتتأثر كل من أسباب ونتائج الإدمان بمدى واسع من العوامل المختلفة ، ويندر للغاية أن يتضمن علاج مشكلات المخدرات والكحول إجراءات تختلف بأي قدر عن تلك الإجراءات المألوفة ، التى يستخدمها الأخصائي النفسى الأكلينيكى ، أو أى أخصائى اكلينيكى آخر ، بوصفها ناتجة عن تدريبه وخبرته مع أنماط المرضى الآخرين . ونادراً مايتطلب تعلم طرق علاج مرضى المخدرات والكحول اكتساب مهارات جديدة ، وغالبًا مايتضمن تعلم كيفية تطبيق المهارات المتوفرة على هذه المشكلات .

أهـــداف العـــلاج

تُقدم الأوصاف التقليدية لإجراءات التقييم لبرامج تعديل السلوك [1] ، كما ذكرها كانفر وفيليبس Kanfer and phillips (1970) خطوطًا عريضة ممتازة لأولئك العاملين فى مجال مشكلات المخدرات . فالمعلومات حول السلوك المستهدف تحقيقه مطلوبة ، وكذلك المحددات التدعيمية لاستمراره ، والإمكانات المتاحة فى بيئة المريض لاستمرارية استجابات أخرى مرغوبة ، وقدرة المريض على ملاحظة وتدعيم نفسه ،

(1) Behavior modification

هى من خصائص هذه الأساليب ، والتى تكون البيانات الخاصة بها عبارة عن عينة مباشرة للسلوك فى مواقف معينة ، وليس عينة غير مباشرة أو علامات تعميمية لاستعدادات شخصية .

ويتعين بالنسبة لكل أنواع مشكلات المخدرات التى تتطلب علاجًا ، أن يتم تفصيل التدخل المقدم وفقًا لاحتياجات الفرد المعين . ومن الجوهرى على سبيل المثال أن يشمل التقييم الشامل لكل حالة فردية تحديداً لطبيعة المشكلة ، والأهداف العلاجية الملائمة والقابلية لتحقيقها ، يضاف إلى ذلك ضرورة أن يتم تحديد العمليات العلاجية مبكراً بقدر الإمكان ، وتلك العوامل المعينة التى يبدو أنها تساعد أو تعوق تحقيق هدف أو أهداف العلاج .

وفيما يلى أمثلة لبعض أنواع الأهداف العلاجية :

١ – خفض المشكلات الأخرى الفسيولوچية والنفسية والاجتماعية ، ذات العلاقة غير مباشرة بمشكلة المخدرات .

٢ – خفض المشكلات النفسية والاجتماعية ، أو المشكلات الأخرى ذات العلاقة بمشكلة المخدرات .

٣ – خفض السلوك المؤذى أو المصادفات المرتبطة باستخدام المخدرات .

٤ – إحراز تقدم في قدرة المريض علي التحكم في الاستخدام غير الاعتمادى ، أو الاستخدام غير المنطوى على مشكلات فى إدمان المخدرات (*) .

٥ – إحراز امتناع إرادى عن مشكلة المخدرات .

٦ – إحراز امتناع إرادى عن كل انواع المخدرات .

وهذه الأمثلة الستة ليست جامعة مانعة بالطبع . فمن الممكن على سبيل المثال وضع أهداف علاجية أخرى مثل إحراز امتناع إرادى ، وتحسن فى الأداء النفسى الاجتماعى فى مجالات غير متعلقة بتعاطى المخدرات . على الرغم من ذلك فمن المفيد التمييز بين أساليب العلاج التى تهدف مباشرة إلى مشكلة المخدرات ، وتلك الأساليب ذات العلاقة غير المباشرة او العلاقة الفرضية بالمشكلة المستهدفة .

وإحدى القضايا التى أدت إلى جدل استمر ، لعدة سنوات كانت حول إمكانات الأهداف العلاجية وليس تحقيق امتناع إرادى . من ذلك تعليم الكحوليين على وجه الخصوص إعادة إحراز تحكم فى تعاطيهم. وكان أول تحد خطير لفكرة أن الهدف العلاجي الوحيد للكحوليين هو تحقيق الامتناع الكامل ماورد فى مقال لديڤز Davies 1962، الذى بين أن بعض الكحوليين يمكن أن يعودوا إلى الاستخدام العادى . وقد شجع نشر هذه النتائج قدراً كبيراً من النقد القاسى الذى جاء من جانب التقليديين . فيذكر فوكس Fox أنه : «من بين مرضاى الثلاثة آلاف لم يكن هناك واحد فى مقدوره تحقيق (تحكم فى شربه) ، على الرغم من أن أغلبهم تقريبًا حاولوا ذلك" (Fox, 1967)

وكان هناك قدر وافر من التأكيد لنتائج ديڤز الأصلية خلال السنوات الاخيرة : فمن الواضح بالنسبة لبعض الكحوليين أن الشرب بمقدار مقبول سيكون هدفًا واقعيًا للعلاج . وعلى الرغم من ذلك ، ظل هناك بعض الشك حول الدلالة الأكلينيكية العملية لذلك ، وقد عبر جلات Glatt على سبيل المثال عن شكه بالصيغة الآتية :

(*) يقصد أن يتوقف عن استخدام أدوات مشتركة مثلاً للحقن ؛ لخفض احتمالات الإيدز (المترجم) .

نظريا يبدو أنه لايوجد سبب - حتى إذا كان سببًا غير واضح - يمكن أن يفسر لماذا لا تستطيع الغالبية العظمى من الكحوليين عدم الاستمرار فى الشرب باعتدال ، وعلى الرغم من ذلك يلاحظ من خلال الممارسة أن نسبة قليلة للغاية من هؤلاء الكحوليين ، يمكن ان يأملوا بصورة واقعية أن يشربوا مقادير متوسطة ، تحت ظروف وضغوط الحياة اليومية ، وذلك لفترات أطول من الفترات القصيرة نسبيًا .(Glatt, 1983).

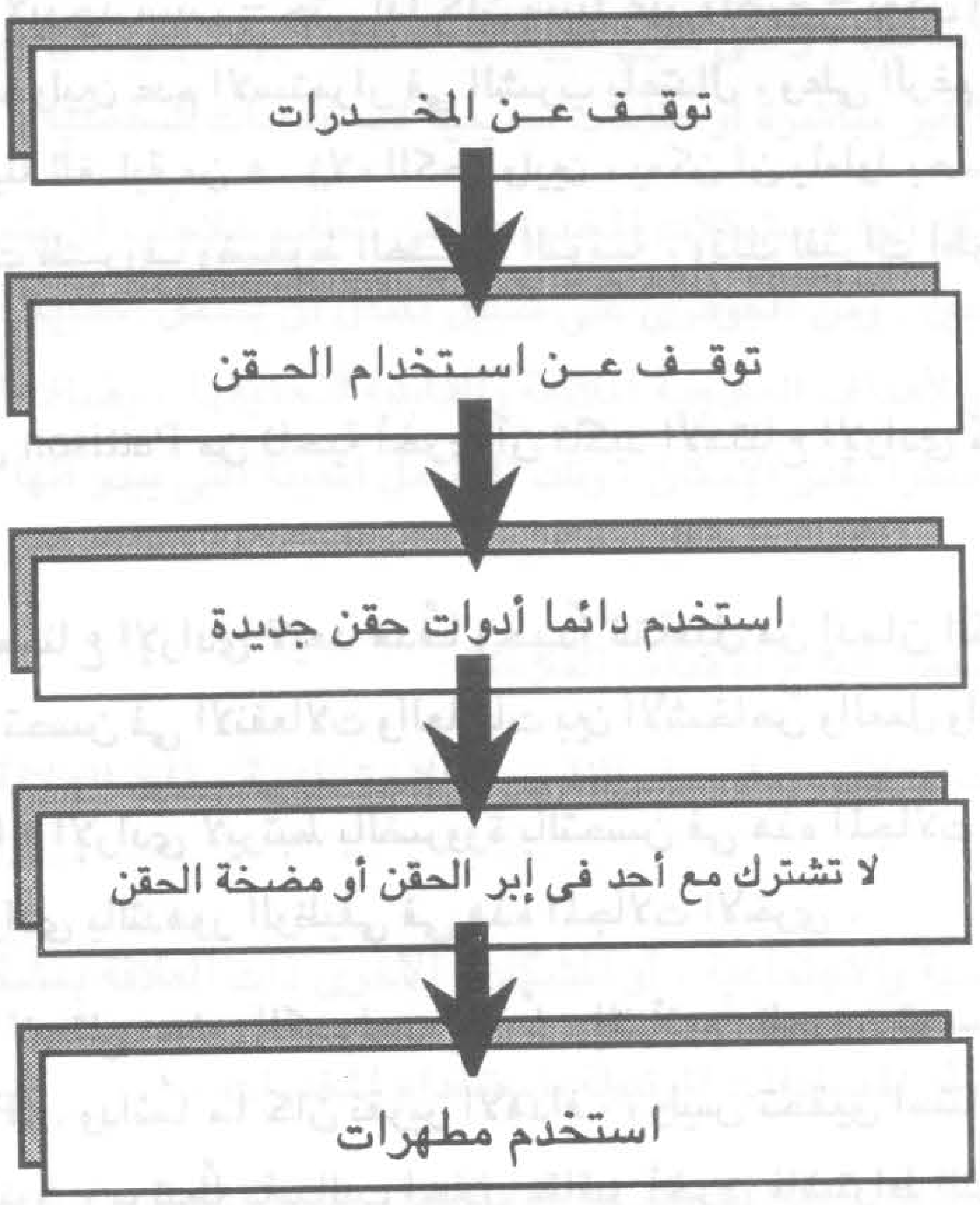
ويذكر باتيسون Pattison من ناحية أخرى أن تأكيد الامتناع الإرادى كمحك لنجاح العلاج غير مفيد :

اولا : لأن الامتناع الإرادى لايعد هدفًا وحيدًا للتأهيل من إدمان الكحول . فبعض الأهداف الاخرى تتضمن تحقيق تحسن فى الانفعالات والعلاقات بين الأشخاص والعمل والصحة الجسمية .

ثانيا : الامتناع الإرادى لايرتبط بالضرورة بالتحسن فى هذه المجالات الاخرى للحياه الصحية ؛ فقد يرتبط الأمتناع الإرادى بالتدهور الوظيفى فى هذه المجالات الأخرى .

ثالثا : بينما لايمتنع بعض الكحوليين إراديًا ، إلا أنهم يظهرون تحسنًا عامًا فى كل مجالات الحياة (Pattison, 1967) . ودائمًا ما كان تقرير الأهداف ، وليس تحقيق امتناع إرادى فى مجال علاج الهيروين ومشتقات الأفيون ، مرتبطًا بأساليب إحلال عقاقير أخرى فاشتراط التزود بالمخدرات كان يعتمد بصفة عامة علي افتراض أن ذلك يمكن أن يؤدى إلى تحسن فى الجوانب الأخرى ، الاجتماعية والنفسية للمدمن . وقد جرى التأكد فى بعض الحالات أن النجاح فى برامج الاستمرارية يتعين قياسه بواسطة المفاهيم فقط ، كما أن جرعة المخدر المستخدمة يجب أن لاتكون محكًا لنتيجة العلاج (Newman, 1977) . وقد أُستُخلص هذا المنحى فى أمريكا ، من خلال برامج الاستمرار باستخدام الميثادون Methadone، والذى كان فعالاً فى كثير من الحالات ، على الرغم من أن قوة الأدلة التى تساند الاستمرار باستخدام الميثادون ، كان مبالغًا فى تقديرها (Gossoop, 1978). على الرغم من ذلك ، فهناك حجم مناسب من البيانات ، التى تدعم دعاوى أن بعض المدمنين سيظهرون تحسنًا فى مجالات أخرى فى حياتهم ، إذا ماتم تزويدهم بقدر يتم التحكم فيه من عقار الاستمرار ، وقد وجد جوسوب وزملاؤه (1982b) فى دراسة بريطانية أن بعض أصحاب أكثر حالات إدمان مشتقات الأفيون صعوبة بين المدمنين لفترات طويلة ، ممن يترددون على عيادات المخدرات ، أظهروا تحسنًا فى الأداء الاجتماعى ، بعد أن وصفت لهم جرعة متزايدة من مستخلصات الأفيون . ويتعين أن تفسر نتائج هذه الدراسة بحذر شديد ، إلا أنها تخدم على الأقل للتذكرة بأن هناك مؤشرات أخرى على نجاح العلاج غير مؤشر الامتناع . وقد ظل النظر إلى الامتناع الإرادى عن تعاطى المخدر على أنه الهدف النهائي فى علاج سوء استخدام المخدرات ، وأنه أكثر الأساليب المؤكدة لخفض الأضرار الناتجة عن الإصابة بفيروس الإيذر بين متعاطىّ المخدرات . وعلى الرغم من ذلك ، فإن الاستبعاد الكامل للحقن بالمخدر ليس من بين الاهداف التى يمكن إحرازها ، كما أنه ليس من المنطقى توقع أن يكون أى تدخل علاجى فعالا بنسبة مائة فى المائة ، ومن الضرورى مواجهة دلالات حقيقة أن بعض متعاطىّ المخدرات سيظلون مسيئين لاستخدام المخدرات ، وأن البعض سيستمر فى استخدام الحقن . وعادة ما تتبنى برامج خفض الضرر(1) مدرجًا من الأهداف ، مثل ذلك المعروض فى شكل(١-٢٠).

(1) Harm reduction programs



شكل : (١-٢٠) : مدرج الأهداف العلاجية

وقد تركز الكثير من الجدل حول الامتناع الإرادى والمشكلات المتعلقة بالتطابق العلاجى (١) ؛ فمن المقبول بصفة عامة أن كل الكحوليين لن يكونوا قادرين على استعادة السيطرة على مقدار مايتعاطون ، وهناك بعض الأفكار حول أن أولئك القادرين منهم يمكن أن يمثلوا مجموعة أقلية نسبياً . ويذكر باتيسون Pattison (١٩٧٦) أن نسبة الكحوليين ، الذين يتمكنون من اكتساب أنماط شرب عادية (غير إدمانية) ، سواء بعد العلاج أو بعد تغير ظروفهم الأجتماعية ، قد تصل إلى مابين ١٠ - ١٥ فى المئة . ونتيجة لذلك يواصل عديد من الأخصائيين الأكلينيكيين النظر إلى الامتناع الإرادى على أن هدف علاجى عام على أساس أن محاولة التنبوء بأى الأفراد سيكونون ناجحين فى استعادة التحكم فى شربهم ، سيظل أقل ما يمكن تخمينه (Glatt, 1983) " وبقدر ما لايستطيع المرء معرفة مقدار الوقت المستغرق لإعادة تنشيط (الكحولية) لدى أى شخص مدمن .... فلن يستطيع المدمن المتعقل أن يمنع نفسه من التجربة أو المحاولة ، خلال طور الشفاء (Keller, 1972) . وقد أوضحت بعض الدراسات أن الشرب بمقادير معتدلة يحتمل بقدر أكبر أن يكون هدفاً ملائماً بالنسبة لمتوسطى الاعتمادية ، أكثر منه بالنسبة لشديدى الاعتمادية (Orford et al., 1976) . وقد تكون اتجاهات المرضى للتحكم فى شرابهم ، وأعمارهم ، وعملهم، ونمط علاجهم السابق من التعاطى، عوامل انتخابيه مهمة. (Heather and Robertson, 1981) ، إلا أنه فيما وراء مثل هذه الملاحظات ، يوجد القليل من الدلائل النظرية أو الأمبريقية القوية ، التى يمكن أن يرتكن إليها الأخصائيون الاكلينيكيون لإرشادهم لما يفعلون.

وتظل الحالة السيئة أكثر سوءاً طالما يظل الشخص معتمداً على المخدر. بينما توجد فى المقابل بعض الموشرات القليلة للغاية ، التى تساعد الأخصائى الأكلينيكى على مطابقة احتياجات الشخص المدمن

(1) Treatment matching

مع البرنامج العلاجي. ولسوء الحظ، فان إحدى نتائج ذلك هى أن القرارات الأكلينيكية غالبًا ما تتخذ على أسس شخصية وأحيانا بطريقة تحكمية (Gossop and Connell, 1983). نتيجه أخرى لذلك ، هى أن بعض الوكالات العلاجية تخشى من الصعوبات المثيرة للغضب ، عند محاولة مطابقة أهداف العلاج مع متطلبات الفرد. وبدلا من الحساسية الشديدة للفروق الفردية ، التى توجد بوضوح فى مجتمع متعاطى المخدرات، يوجد ميل دائم للتعامل مع كل المرضى بالأساليب نفسها، والإكراه على الأهداف العلاجية نفسها. وتروى أسطورة بروكراست Procrustes كيف كان هذا اللص يهاجم المسافرين ، ويقيدهم راقدين على سرير، فإذا كانوا أطول من السرير يقوم بتقطيع الأجزاء الزائدة من جسمهم ، حتى تتلاءم أطوالهم مع طول السرير، وإذا كانوا أقصر كثيرا يقوم بجذبهم من أطرافهم وشدهم حتى يصبح طول السرير والمسافر متطابقين. ويشبه علاج اضطرابات الإدمان السرير البروكراستى ، من حيث أن احتياجات المريض تقهر لكى تتوافق مع العلاج المقدم.

وقد قدم المعهد الطبى الامريكى تذكرة قيمة ، حتى لا تنسى هذه النقاط فى تقرير له حول علاج إدمان الكحول. على الرغم من أن هذه النقاط تنطبق بالقوه نفسها على علاج كل انواع مشكلات المخدرات، وسيكون من المفيد ، إذا قامت وكالات الإدمان بنقش هذه التذكرة على جدران حجرات الاستشارة فيها :

أي نوع من الافراد، لديهم أي نوع من مشكلات الـ..

اكثر ميلاً للاستجابه لأي نوع من العلاج، لتحقيق أي أنواع

من الأهداف، عندما يتلقون علاجهم على أيدى أى نوع من الممارسين

(US Institute of Medicine, 1990)

مناحى العلاج

مراحل التغيير

وجد بروشاسكا ودى كليمنت Prochaska and Diclemente (1982) أن المدخنين الذين يحاولون الإقلاع عن التدخين يذكرون فى تقاريرهم أنهم ينتقلون عبر عدد من مراحل التغيير ، وتذكر هذه المراحل للتغيير منذ ذلك الحين بالنسبة لكل اضطرابات الإدمان ، باعتبارها : مرحلة ، ما قبل الاعتزام (١)، والاعتزام (٢)، والفعل (٣)، والاستمراريه (٤). ومرحلة ما قبل الاعتزام هى مرحلة ، لا يكون لدى الناس فيها نية تغيير سلوكهم. والكثير من الأفراد فى هذه المرحله غير واعين ، أو غير واعين بدرجة كافية أن لديهم مشكلات ، على الرغم من أن الآخرين المحيطين بهم (الأسرة ، الأصدقاء والأطباء) واعين بها بشكل حاد. وعندما يتقدم شخص فى مرحله قبل الاعتزام للخدمة العلاجية ، فإن ذلك دائمًا ما يكون نتيجة لمعاناته من ضغوط الآخرين. أما الأعتزام فهو مرحلة يُظهر فيها الأفراد وعيا بمشكلتهم ، وهم يبدأون خلال هذه المرحلة فى التفكير فى عمل تغييرات ، غير أنهم لم يقوموا بالفعل بأى التزام جاد. وقد يتوقف الناس عند مرحلة الاعتزام لفترات طويلة .

---

(1) Precontemplation.
(2) Contemplation.
(3) Action.
(4) Maintenance.

والفعل هو المرحله التى يقوم فيها الناس بتعديل سلوكهم وخبراتهم أو بيئاتهم ، إذا تطلب الأمر ؛ بهدف التغلب على مشكلاتهم. والناس بما فى ذلك المهنيون دائمًا ما يقومون بالمساواة بين التغيير والفعل، وبذلك يغفلون العمل المهم الذى يُعد الأفراد للقيام بالفعل. ومرحلة الاستمرارية هى الوقت الذى يعمل فيه الناس على منع الانتكاس [1] . وتعزيز مكاسبهم التى حصلوا عليها خلال مرحلة الفعل، والاستمراريه فى حد ذاتها مرحله نشطة.

يترتب على ذلك إضافة مرحلة أخرى هى الانتكاس فى دورة التغير هذه (Prochaska and Diclemente, 1986) ، والأنتكاس مشكله متكرره الحدوث بالنسبه لأولئك الذين يحاولون التخلى عن السلوك الإدمانى، ويعود الكثير من المنتكسين إلى مرحله الاعتزام مره أخرى، وتكون لديهم نوايا جاده لترك المخدر خلال عام.

ودائمًا ما تقدم هذه المراحل للتغير فى صورة نموذج "الباب الدوار" [2]. ولا يتطلب التغير ضرورة أن يكون هناك إلتزام بنظام متتابع خلال المراحل المختلفة. ويمكن أن يتوقف بعض أصحاب مشكلات السلوك الإدمانى عند إحدى المراحل.

وأحد التطبيقات المهمة لهذا النوع من النماذج ، هو أنه يوجه الانتباه إلى العلميات المختلفة للتغيير ، التى يمكن أن تكون مناسبة لمراحل التغيير المختلفة (Prochaska and Diclemente, 1983). ويمكن أن تخدم المطابقة بين العمليات ومراحل التغير بمثابه موجه مهم للمعالجين ، مثال ذلك أن المرضى فى مرحله ما قبل الاعتزام يمكن مساعدتهم على الاعتراف بمشكلاتهم ، وتطوير وعى بها بدلاً من توجيههم مباشرة نحو التغير السلوكى . بينما غالبا ما يكون المرضى فى مرحلة الاعتزام أكثر انفتاحًا على التدخل الذى يهدف تنميه الوعى (مثل قيامهم بإجراءات لمراقبة الذات ، أو استخدام أساليب تعلم)، وقد يقاومون تدخلات المعالج ذات التوجه المباشر نحو الفعل. ومن الارجح أن يحتاج المرضى ، خلال مرحلة الفعل إلى مساعدة عملية محدودة مع أساليب لتعديل السلوك ، بالاضافة إلى تشجيع ودعم. ومثلما يكون الإعداد مطلوبا للفعل، فهو مطلوب أيضا ، وبالأهمية نفسها ، فى مرحلة الأستمرار. وقد تلعب بعض الأساليب النوعية للوقاية من الانتكاس دورًا ذا قيمة ، ومن المثير للشغف أن المعالجين – وكذلك المرضى – يمكن أن يتوقفوا عند مرحلة مفضلة للتغير .

أساليب العلاج السلوكية الاجتماعية

أحد أكثر نماذج العلاج التى وصُفت خلال السنوات الاخيرة تأثيرًا ، هو نموذج الوقاية من الانتكاس [3] . (Marlatt and Gordon, 1985) ويرى مارلات Marlatt انه يتعين النظر إلى الوقايه من الانتكاس بإعتبارها برنامجًا للإدارة الذاتية [4] ، يعمم بهدف تعزيز مرحلة الاستمرارية لعملية تغيير العادات (Maralatt, 1985) ، وهدف الوقاية من الانتكاس هو تعليم الأفراد ، الذين يحاولون تغيير سلوك تعاطيهم للمخدرات، كيف يتوقعون الضغوط والمشكلات ، التى يمكن أن تؤدى إلى الانتكاس وكيف يتغلبون عليها . وتقدم الوقايه من الانتكاس باعتبارها أسلوبًا علاجيًا سلوكيًا– معرفيًا ، يقوم على مبادئ نظرية

(1) Relapse.
(2) "Revolving door" model.
(3) Relapse prevention model.
(4) Self-management program.

التعلم الاجتماعى. وأسس هذا النموذج هى الأفكار الخاصة بمواقف الخطر الشديد [1] ، واستراتيجيات التغلب عليها المتاحة للفرد.

وقامت ليتمان Litman وزملاؤها بدراسة حول مدمنى الكحول ، فى سلسلة من الدراسات ، تناولت فيها التفاعل بين أ – المواقف التى تدرك باعتبارها خطيرة على الفرد من حيث إنها قد تعجل بحدوث الانتكاس ب – رصيد الفرد من استراتيجيات التغلب المتاحة له للتعامل مع هذه المواقف. جـ – التأثيرات المدركة لهذه السلوكيات الخاصة بالتغلب د– ادراك الشخص لنفسه وتقديره لذاته ، ودرجة إحساسه المتعلم بفقدان الحيلة والعجز ، الذى ينظر من خلاله لموقفه (ملخصه فى : Litman, 1988) وقد قورن بين المنتكسين والناجين ، وكان الأفراد من ذوى الأنماط المتعددة للتغلب أكثر ميلا للنجاة ، كما كان عامل التحكم المعرفى هو أقوى مميز بين الناجين والمنتكسين ، وتقترح ليتمان من خلال هذه الأعمال إطاراً لعملها الادراكى للنجاة من إدمان الكحول. (Litman, 1980) ، والذى يتناول مراحل النجاة ، بدلا من النظر إليها على أنها ظاهرة واحدة ، إما أن تكون أو لاتكون. وينظر فى المراحل المبكرة للنجاة إلى كل من التجنب والتفكير الإيجابى باعتبارهما سلوكين فعالين للتعامل ، على الرغم من أنه سيكون هناك استخدام أكبر فى المرحلة المتأخرة للنجاة للتفكير الإيجابى وحده. وترى ليتمان أن هذا العمل يوفر دعماً اضافياً لبرامج العلاج ، المصممة على أسس فردية ، والتى تصمم وفقاً للمصادر الشخصية المتاحة ، ومدى استهداف كل فرد ، بدلا من استخدام الفئة التشخيصية العريضة التى تضمهم جميعاً (Litman, 1986).

وقد درست العوامل المتعلقة بالانتكاس لدى المدمنين السابقين للهيروين أيضاً (Gossop et al., 1987, 1989) ، وتم تتبع مجموعة ، تتكون من ثمانين مدمناً لمشتقات الأفيون ، ممن أتموا حديثاًعلاجهم داخل المستشفى من التسمم ، وذلك على امتداد الشهور الستة التالية مباشرة لخروجهم من المستشفى. وقد استخدمت نسبة مرتفعة ومزعجة منهم مشتقات الأفيون مرة أخرى ، خلال الفترة التالية مباشرة لترك العلاج. وقد استخدم ٨١ فى المئة منهم مشتقات الأفيون مرة واحدة على الأقل خلال الشهور الستة. وكانت الردة الأولى فى أغلب الاحوال تحدث بسرعة شديدة ، بعد الخروج من المستشفى ، وقد استخدم ١١ شخصاً منهم المخدر خلال الأربعة والعشرين ساعة الأولى . وكان المجموع الكلى للمرتدين ، خلال أسبوع ٣٢ مفحوصاً (٤٢ فى المئة) (Gossop, 1989). وقد استخلص المؤلفون من ذلك أن الفترة التالية مباشرة لترك العلاج يتعين أعتبارها الفتره الحرجة ، والتى تكون مجموعة العلاج خلالها فى أعلى درجة متطرفة من الخطر. وقد قدمت نتائج هذه التجربه أيضاً أساساً للتفاؤل ، عند النظر إلى فترات أبعد ، طالما أن عديداً من المفحوصين ، كانوا قادرين على تجنب انتكاس كامل للاستخدام الإدمانى لمشتقات الأفيون. وعلى مدى ستة أشهر أقلع ٤٥ فى المئه من أفراد العينة إراديا عن تعاطى أى مشتقات للأفيون (كما تأكد من خلال تحليل البول) وعاشوا فى المجتمع ، ومن بين العوامل الأحد عشرة المعجلة للانتكاس المتضمنة فى الدراسة ، كانت العوامل الثلاثة التى وجد أنها الأكثر علاقة بالردة هى الحالة المزاجية السلبية ، والعوامل المعرفية ، والمواقف الخارجية (Bradley et al., 1989) ، وقد أشار حوالى ثلثان من المرتدين إلى أن العوامل المعرفية ، وهى عادة بعض القرارات أو الخطط الصريحة للعودة لاستخدام مشتقات الأفيون، كانت متضمنة فى ردتهم الأولى. وأشار أكثر من نصفهم إلى أن بعض الحالات المزاجية (حزن، ملل، توتر أو قلق) سبقت ردتهم. وتحدث هذه العوامل المصاحبة أحياناً بوصفها معجلات انتكاس فردية ، إلا أنها غالباً ما تحدث إما فى شكل تجمع (عدد من عوامل الانتكاس المتزامنة) ، أو فى شكل تتابع (أحد العوامل أو أكثر يؤدى إلى الآخرين).

(1) High-risk situations.

الوقايه من الانتكاس

حدث تحول فى توجهات برامج العلاج على مدى العقدين الأخيرين ، وأصبح يمنح قدراً أكبر من الأهتمام إلى الانتكاس بوصفه عملية قائمة فى حد ذاتها ، وإلى طرق الوقاية منه. والفروض التفسيرية لهذه الأساليب العلاجية شديدة التباين. ويقدم دونوفان وشانى (Donovan and Chaney (1985 ، فى مراجعتهما لأساليب الوقاية من الانتكاس فى مجال الكحول ، قائمة بالنماذج التى تتراوح بين العصبية والسلوكية. ووفقًا لما يشير اليه دونوفان وشانى ، فقد تغيرت شعبية النماذج على مدى الزمن ، وعكست المزاج السائد للتفكير فى الفترة التى كانت فيها.

وقد تحول الانتباه فى نموذج مارلات Marlatt بعيدا عن الانشغال المزعوم بازالة آثار التسمم، واتجه إلى الاهتمام بالاعتبارات التالية للعلاج . وقد ذكُر أن هناك تأكيداً خاطئا على مشكلة ايقاف استخدام المخدر ، عندما يكون المطلوب تأكيداً أكبر على الصعوبات ، التى تواجه المريض فى مرحلة استمرار التغير ، بمجرد حدوث التوقف. وقد وجدت مارلات فى دراسة أجرتها على ٣١١ مريضاً مدمنًا لمجموعة من المخدرات ، أن المواقف المتضمنة للقدر الأكبر من الخطر ، يمكن تصنيفها إلى حالات انفعالية سلبية (مسئولة عن ٣٥ فى المئه من حالات الانتكاس)، وصراعات بين الأشخاص (مسئولة عن ١٦ فى المئة من حالات الانتكاس) (Marlatt and George, 1984). ويجب أن تكون الرغبة الشديدة والإلحاح قد حفُزا من خلال مؤشرات بيئية وداخلية ، وإحدى المهارات الأولى والمهمة التى يجب أن يُدرب عليها العميل هى أن ينمى لديه احساساً عميقاً بالوعى بالطريقة التى يمكن أن تسهم بها هذه المثيرات الداخلية والخارجية فى اتجاه تنمية مواقف الخطر المتزايد. ويجب تشجيع العملاء على الاحتفاظ بمفكرة يومية ، تتضمن تفاصيل استخدام العقار والمدى ، الذى يواجهون به احتمالات التعجيل بالانتكاس ، وملخصاً يتضمن استجاباتهم. ويقوم المعالج بالمساعدة على إجراء تحليل سلوكى لهذه المواقف ، ويتعلم العميل كيف يقوم بمثل هذه التحليلات السلوكية بنفسه، وتستخدم الأساليب النظامية لحل المشكلات ، إلى جانب القيام بالتجارب (البروفات) ولعب الأدوار. ويجب تحذير العميل من مخاطر الطرق ، التى يمكن أن تؤدى إليها الخطط غير المعلنة للانتكاس ، وإلى القرارات واضحه عدم التعلق (لسوء الحظ أطلق عليها فى ضوء التطورات التاليه الأختصار إيدز) ، وتؤدى مثل هذه القرارات بالعميل بمحض الصدفة الى أن يجد نفسه أو تجد نفسها تطرق باب مورد المخدرات. ويجب على العميل أن يتعلم كيف يوجه مبكراً إشارات تحذيرية إلى هذه المواقف التى تتضمن إمكانات الانتكاس .

وفى هذه الظروف التى يبدأ فيها الناس معاناة الرغبة الشديدة ، عليهم أن يسمحوا لمشاعرهم أن تتحرر من كل ذلك على الفور من خلال تبنى أسلوب تشير إليه مارلات بصيغة أدبية إلى حد ما ، على أنه "تكسر لموج الإلحاح بعض على بعض" (١) وقد يساعد على ذلك استخدام أساليب الاسترخاء والتشتيت أو أى استراتيجيات تغلب أخرى . وفى الحالات التى يحدث فيها انهيار للتصميم ، ويؤخذ المخدر ، فعلى الشخص أن يتعلم عندئذ كيفية استعادة السيطرة ، واستعادة إدراك أن استخدام المخدر ، أو التوقف الإرادى عنه ليس سلوكًا للامتناع/عدم الامتناع الخارج عن السيطرة . ويجب أن تتضمن استراتيجيات التدخل ، التى يتعين التفكير فيها احتمالات تحول العلاقة الشرطية بين المنبه والاستجابة ، وتصحيح بعض الإعاقات الفيزيقيه أو النفسية ، أو القيام ببروفة انتكاس ؛ بهدف تنمية استراتيجيات تغلب بديلة ، ويمكن

(1) Urge surfies.

استكمال ذلك بواسطة التدريب على استراتيجيات عامة للتحكم الذاتى ، مثل : تعلم "إدمان ايجابى" (١) جديد، والتفكير فى استراتيجيات للتحكم فى المنبه وتجنبه.

وطالما أن مشكلات الإدمان متعلقة باضطرابات القلق الكامن ، فيتعين أن يتضمن العلاج تطبيقاً للأساليب الملائمة للتحكم فى القلق، وطالما سيكون إلغاء تشريط الالحاح الشديد مطلوباً ، فسيكون الأخصائى الأكلينيكى محكوماً باستخدام المبادئ ذاتها ، ومطبقاً للإجراءات الملائمة نفسها فى هذا المجال ، مثال ذلك عمل تسكين منظم (٢) لحالات الخواف. وعندما يكون مطلوباً اكتساب مهارات تغلب سلوكية جديدة ، فعلى المعالج أن يحاول إكساب هذه المهارات بالطريقه نفسها ، التى يستخدمها مع أى نوع آخر من المرضى.

تعزيز الفعالية الشخصية

قدمت أنيس Annis (1986) نموذجاً للوقاية من الانتكاس ، يقوم على أساليب التعليم الاجتماعى، وعلى نظرية الفعالية الشخصية (٣) على وجه الخصوص (Bandura, 1977; 1982 Wilson, 1978 a,b) . وينبئ نموذج الفعالية الشخصية بأن العلاج الناجح يمارس تأثيره ، من خلال تعزيز التوقعات الذاتية الفعالة للعميل (والتى تعرف باعتبارها حكماً على أن الشخص لديه القدرة على القيام بنمط سلوكى معين Annis, 1986) ، وتؤثر التوقعات الفعالة فى النوايا وفى التعميمات، وفى استمرارية سلوك التغلب على المشكلات. وتحدد قوة التوقعات الفعالة طول الفترة ، التى يستمر خلالها سلوك التغلب تحت ظروف التوتر. وبالتالى .. فإن نموذج المرض والاعتماد على هدف الامتناع التام ينظر إليهما على أنهما إنتاجية مقابلة أو معادلة (٤) بقدر ما تقلل من فعالية التوقعات الذاتية للعميل ، يضاف إلى ذلك أن أى توقع ناتج يعتمد على "شرب العميل مرة واحدة أو ثمالته مرة واحدة" سيكون أكثر ميلاً لفلسفة إنجاز ذاتى، ونتيجة لهذا تكون واقعة الردة أكثر إخفاقاً ومأساوية . وتوصى أنيس بتعليم نظامى للتنظيم الذاتى وللمهارات الاجتماعية ، التى يتعين أن يتزود بها الكحولى ، الذى حقق الشفاء ليتغلب بها على الزلل. وتتنبأ نظرية الفعالية الذاتية بأن العلاج سيكون فعالاً بالقدر الذى يزيد به من توقعات العميل الذاتية حول كيفية قيامه بتحقيق الشفاء والاستمرار فيه. ويجرى تأكيد أهمية تعزيز قدرات التغلب لدى الكحوليين، ممن حققوا الشفاء فى مواجهة نوبات الشرب المتقطعة ، التى تحدث بعد فترات من الامتناع. وتستخدم أنيس استخباراتها الخاصة ؛ للحصول على المعلومات من الكحوليين (مثال ذلك استخبار الثقة الموقفية (٥) ، وبطارية مواقف تعاطى الكحول (٦). : انظر : Annis, 1986).

يلى ذلك تعرف أى المهام يمكن ترتيبها وفقاً للترتيب الذى يقدمه المريض المعين لفعاليته الشخصية ، وينظر هنا للعلاج باعتباره يتوسط مرحلتين : تتعلق الأولى بمبادرات التغير فى سلوك تعاطى الكحول، بينما تتعامل المرحلة الثانية مع تعزيز وتقوية هذا التقدم فى علاقته بخبرات التمكن والسيطرة لدى الشخص. وتتنبأ أنيس بأن المدى الذى سيصل اليه التقدم فى المرحلة الثانية سيتأثر بالعوامل الأربعة التى حددها بندورا Bandura (1977) والتى تتضمن ١- مواقف الخطر الشديد المدركة . ٢- تحقيق النجاح

(1) Positive addiction.
(2) Systematic desensitisation.
(3) Self-efficacy.
(4) Counter productive.
(5) Situational confidence questionnaire.
(6) Inventory of drinking situations.

من خلال قدر متوسط من الجهد. ٣- إعزاء أولى داخلى للنجاح. ٤- أن يكون النجاح جزءاً من تحسن عام أكبر.

التدريب على التحكم الذاتى [١]

هناك منحى علاجى سلوكى اجتماعى آخر يستحق الاشارة إليه، وهو الذى طوره ميلر Miller وزملاؤه (Miller, 1977, 1978) ، والذى يتضمن المكونات الآتية (لعلاج الاعتماد على الكحول).

١ - تحديد الهدف - تحديد القدر النوعى المناسب من الشرب.

٢ - مراقبه الذات فيما يتعلق باستهلاك الكحول، وحيث تم الاعتراف بتزايد مراقبة الذات ، بوصفه مكونًا مهمًا فى علاج السلوك الإدمانى. وهو لا يوفر فقط بيانات تقييميه مهمة ، بل يمكن أن يؤدى أيضا إلى تأثير علاجى أو تفاعلى. وقد لوحظ ذلك فى علاج مشكلات الكحول، والنهم [٢]، والتدخين (أنظر على سبيل المثال: Sobell and Sobell, 1973) .

٣ - التدريب على التحكم فى معدل التعاطى، ويصمم لتغيير نمط تعاطى الشخص للكحول.

٤ - التدريب على التعزيز الذاتى لتشجيع التقدم فى العلاج.

٥ - إجراء تحليل وظيفى لسلوك التعاطى ، يصمم لتعليم الشخص الظروف المتعلقة برغبته واستخدامه للكحول، مع تدريب على إجراءات التحكم فى المنبهات (ومن الواضح أن هناك مجالاً من المؤشرات ، التى تزيد من الرغبة فى تعاطى الكحول (أو المخدرات) بعد فترة من الامتناع . وتختلف هذه المؤشرات من شخص لآخر، ولكنها قد تتضمن حالات مزاجية غيرمريحة مثل القلق أو الاكتئاب ، المواقف الاجتماعية مثل الحفلات ووجود أشخاص آخرين يشربون، أو أعراض الانسحاب .. الخ). وقد ناقش هودجسون Hodgson (1982) التشابه بين الأضطرابات القهريه والإدمان ، والذى يصل إلى المدى الذى يستطيع فيه كل من المدمن والمعالج تحديد وفهم المؤشرات المرتبطة بالزيادة فى الرغبة والشعور القهرى. ويمكن اتخاذ إجراءات لتعديل قوة هذه المؤشرات ، أو تجنب التعرض لها.

٦- التدريب على مهارات بديله لتعليم استخدام مهارات للتغلب بدلاً من الشرب. مثال ذلك أنه مع زياده استهلاك الكحول استجابة لضغوط العمل أو الأسرة. فان هذا التدريب قد يتضمن تعليم مهارات جديدة أو تقوية المهارات الموجودة ، التى تستجيب مباشرة لمثل هذه الضغوط ، والتى تساعد على الإقلال من حدوث المشكلات أثناء العمل أو فى مجال الأسرة.

ويختلف التدريب على التحكم السلوكى الذاتى [٣]، عن بعض أساليب العلاج الأخرى من حيث توجهه التعليمى الصريح، وقامت دراسات متعددة بفحص فعاليته فى علاج الكحوليين ، وقام أغلبها بمقارنته بأساليب علاج أخرى. وتبين أن كل منها يؤدى إلى قدر ملائم وجوهرى من التحسن. وقد قارن ميلر Miler (1978) على سبيل المثال بينه وبين نوعين آخرين من العلاج : العلاج بالتنفير الكهربائى [٤]، وحزمة علاجية أخرى متعددة النماذج . وقد أدت الأساليب الثلاثة إلى معدلات تحسن جوهرية على مدى عام من المتابعة. وتذكر الدراسات التقييمية للتدريب على التحكم السلوكى الذاتى معدلات تحسن مرتفعة

(1) Self-control training.
(2) Overeating.
(3) Behavioral self-control.
(4) Electrical aversion therapy.

بصفة عامة (من ٦٠ إلى ٨٠ فى المائه) (مثال ذلك Gaddy and Lovibond, 1976). وإذا حدث أن دعمت دراسات تالية هذه المعدلات ، فسيتحول الأمر لأن يصبح هذا الأسلوب هو أكثر الأختيارات العلاجية فائدة. وعلى الرغم من أن أغلب الدراسات البحثية أجريت على كحوليين، إلا أنه لا يوجد سبب يمنع من أستخدام التدريب على التحكم الذاتى السلوكى . وتعديله ؛ لكى يستخدم مع مدمنى المخدرات.

المقابلات الشخصية الدافعية، والبيئة الواقعية العلاجية

لتعبير الدافعية" (١)، تاريخ ملتبس بقدر ما ، وذلك فى صلته بأساليب علاج السلوك الإدمانى. ويشير اينشتين وجاريتانو Einstein and Garitano إلى دوريه (٢)، الطريقة التى كثيراً ما يساء من خلالها استخدام هذا التعبير :

المنحنى العام هو أنه اذا تحسن المريض الذى يسئ استخدام المخدرات - يترجم ذلك على أنه تخلى مختاراً عن المخدرات - وهو ما يعنى أنه كان مريضاً جيداً وذا دافعية ، وأنه كان قادراً على الإفادة من خبرتنا ومهارتنا المهنية ، فقد قمنا بشفائه . اما اذا ظل المريض يستخدم المخدرات ، فيعد هذا دليلاً واضحاً على انه يفتقد الدافعية ، وأنه لايخوض مخاطرة العلاج ولا يستفيد من مهارتنا. (Einstein and Garitano, 1972 : 235)

وقد أدى هذا الدور الذى كان عاملاً رئيسياً فى عدم الرضا بمفهوم الدافعية إلى اقتراح بإهمال المفهوم لعدم فائدته. وعلى الرغم من ذلك فقد لا يكون من الضرورى رفض المصطلح كلية ، فقد تبين أنه عندما تكون الدافعية معرفة إجرائيا (بمفاهيم قوة رغبة المدمن فى أن يعالج داخل المستشفى على سبيل المثال) ، فإنها تصبح أحد المحددات الرئيسية لطول الفترة ، التى يظل فيها المدمنون فى برنامج علاج داخل المستشفى (Gossop, 1978) ، وبالتالى يمكن إنقاذ المفهوم من هذا الدور ، وإيضاح أنه يتعلق بالاستجابة العلاجية . وعلى الرغم من ذلك فيظل فى جوهره مفهوماً مُشكلاً ، بالأخص عند استخدامه ، دون تعريف واضح. ومن السهل ملاحظة الدافعية على أنها غيرمتغيرة أو على أنها عامل داخلى تماماً، على الرغم من أن المدى الذى تتغير به الاستجابة للعوامل الخارجية الاجتماعية والبيئيه يتطلب إيضاحات أخرى.

وقد ظهر المصطلح مرة أخرى فى الأعوام الاخيرة ، فى صلته بشكل من أشكال العلاج ، عرف باسم "المقابله الدافعية" (٣) والتى تبين أنها أداة مفيدة فى مراحل متعددة للعلاج ، غير أنها مفيدة على وجه الخصوص فى مساعدة أولئك ، الذين يكونون فى مراحل التغير المبكرة (مثل الذين اعتزموا التغير). ويصف ميلر Miller فى فحصه الأولى للمقابلة الدافعية تطبيقاتها مع متعاطى الكحول المشكلين (Miller, 1983). وهنا تصاغ الدافعية مفهومياً بوصفها عملية شخصية داخلية. وينظر إلى سلوك المعالج على أن له تأثيراً جوهرياً على سلوك العميل وإعزاءاته التاليه. ويقدم ميلر وجهات نظر بديلة لميكانيزمات مثل الإنكار (٤)، والذى لا يعتبره ببساطه شيئاً متأصلاً لدى الكحولى ، بل على إنه نتاج للطريقة ، التى أختار المعالج أن يتفاعل بها مع المتعاطى المشكل. ويكون هدف العلاج زياده مستوى التنافر المعرفى (٥)، حتى

---

(1) Morivation.
(2) Circularity .
(3) Motivational Interviewing.
(4) Denial.
(5) Cognitive dissonance.

يتحقق قدر مكثف من الدافعية الى نقطة حرجة والتى يجد العميل أنه يتعين عليه عندها التفكير فى بدائل التغير. ويستخدم ميلر نموذج عمليات التغير(Prochaska and Diclemente, 1983, 1986) فى مناقشته وتفسيره لنموذجه ، الذى يهدف إلى إبراز حركة فى مرحلة ما قبل الاعتزام ، ومرحلة الاعتزام للتصميم والفعل.

ويؤكد ميلر من خلال سلسلة خطواته الستة لتطبيق المقابلة الدافعية على أهمية أن يبادر المعالج بتبنى موقف عاطفى خاص ، مستخدماً أساليب كارل روجرز Carl Rogers الإجرائيه ، وعلى الرغم من ذلك فقد عدلت هذه الإجراءات منذ فترة قريبة ، لتكون انتخابية بشكل دقيق ؛ لتنعكس فى صورة تقديم عبارات تعزيزية للانشغال وتثير تعبيرات الدافعية الذاتية لدى المريض. ومن هنا يقوم العملاء بأنفسهم بتصميم بطارياتهم الخاصه بالمشكلات المتعلقة بتعاطى الكحول ؛ لتعبر عن انشغالاتهم الشخصية ، ولتحديد التغيرات الممكنة التى يمكن أن يفكروا فيها.

ويصبح دور المعالج هو تشجيع انخراط العميل النشط فى تحديده للمشكلات وتحليل تكلفه الفائده المحققة [(١)]، للاختيارات المختلفة المتاحه، والتى وصفها جانيس ومان Janis and Mann (1977) ، ويتجه هذا المنحنى لتعزيز أهمية المسئولية الشخصية ، والإعزاء الداخلى للاختيار والتحكم ، ويجب على المعالج أن يساعد العميل فى تجنب حدوث انقطاع فى العلاج ، ناتج عن تقدير ضعيف للذات، أو فاعلية ضعيفة أو إنكار، وكذلك من مخاطر استخدام تعبير كحولى ، ومن التفكير الثنائى (بمعنى كحولى مقابل غير كحولى).

وإحدى الخصائص المثيرة للشغف هى الطريقة ، التى يستخدم بها الإنصات التأملى [(٢)]، لروجرز بطريقة انتخابية. فيجب أن يكون المعالج واعياً إلى أنه ليس مجرد متأمل، بل إنه يقود العميل ويوجهه بدقة شديدة نحو التغير. وأحد الأهداف الرئيسية خلف التعاطف الروجرى [(٣)]، هو تحقيق مشاركة نشطة من العميل ، والنمط العلاجى ليس تأملياً حقيقة ؛ إذ يترتب على تعليقات العميل استجابة مرتدة [(٤)]، فى صورة معدلة ومختارة بهدف زيادة التنافر المعرفى. ويجب أن تكون هذه الاستجابات المختارة بمثابة عملية سرية، ويتعين أن يجعلها المعالج تحتوى على تعبيرات العميل عن شكوكه ؛ بهدف المحافظة على مصداقية الإجراءات ، كما يجب استخدام تعبيرات العميل الخاصة بقدر الإمكان، وكما يقول ميلر على المرشد ألا يضع كلمات على لسان العميل ؛ لأنه سيتبين بسهوله أنها ليست له. وهناك انشغال حقيقى أن هذه الصلة العلاجية الخاصة لن تكون مثمرة ، بل قد يكون لها تأثير عكسى ، حيث يدرك الفرد أنه مكره ، ويصبح الاحتمال الأكبر عندئذ أن يقوم بمجموعة أفعال عكسية تماماً.

ويولد الإعزاء الداخلى لهذه الاستجابة المرتدة المقولبة تنافراً معرفياً، يتجه مباشرة الى الوجهة الملائمة . وعلى المعالج ألا يناقش الأختيارات العلاجية او البدائل إلى أن يتم بلوغ هذا القدر من الدافعية. وحتى ذلك الحين يتعين أن لا تتضمن الاختيارات التدخلية البديلة ، أى تدخل من نوع خاص أو أساليب تغير موجهة ذاتياً ، بالإضافة إلى العلاجات التقليدية. وعلى المعالج أن يقوم بمساعدة العميل على تحديد الأهداف الملائمه، ووضع الإستراتيجيات لتحقيق هذه التغيرات.

---

(1) Cost-benefit analysis.
(2) Reflective listening.
(3) Rogerian stance.
(4) Feedback.

وقد استخدم ڤان بيلسن وزملاؤه Van Bilsen فى فترة أحدث منحىً مشابهاً مع مدمنى الهيروين (Van Bilsen and Van Emst, 1986; Van Bilsen, 1988) ، وقد وصفوا بيئتهم الدافعية العلاجية (١) ؛ باعتبارها منحىً إنسانياً ، يتعين عدم النظر إليه بوصفه عمليات اقناعية (مثال ذلك إقناع العميل أن يقوم بعمل شىء يتعلق باستخدامه للمخدرات) ولكن يجب اعتباره إشرافًا على عملية اتخاذ قرار (٢)، والتى يقوم العميل فيها باتخاذ هذا القرار ، وهم يصفون طريقة شديدة الشبه بطريقة ميلر (ومن المؤكد أنهم يحظون أيضاً بقدر مناسب من الفضل) ، وهم يلخصون مناحهم باعتباره يتوسط ثلاث مراحل، مرحلة استثاره لايتم خلالها تبنى أى نمط تقييمى ، وذلك بهدف الحصول على المعلومات حول اتجاهات المفحوص وانماط سلوكه. ومرحلة المعلومات التى تتضمن استجابات مرتدة من المعالج ، ومرحلة التفاوض التى يقوم خلالها المعالج والعميل بمناقشة التغيرات الممكنة ،التى قد يرغب العميل فى تنفيذها . وعلى الرغم من ذلك فإن وصف ڤان بيلسن Van Bilsen لعمل البيئة الدافعية العلاجية ، يبدو قريبًا من الطريقة التقليدية ، وحيث يقوم المعالج بمساعدة المريض على اتخاذ القرار (مثال ذلك : Janis and Mann, 1977). كما تفتقد طريقه ميلر الأخاذه للتضمين العمدى المناور للغة المريض الخاصة ، فى الاستجابات المرتدة من المعالج ، والتى تهدف لتوليد تنافر معرفى. وربما يمكن النظر إلى منحى ڤان بيلسن على أنه أكثر أمانة(٣)، غير أن ثمن هذه الأمانة يمكن أن يكون علاجًا مخففاً ، توضع فيه كل المسئوليات على عاتق العميل . وقد يشعر المعالج بقدر أكبر من الراحة مع مثل هذه الطريقة ، غير أن الأسلوب الأكثر ميكاڤيلية لميلر ، قد يكون هو على الأرجح الذى يؤدى إلى التغير ، على الرغم مما يتطلبه من ضلوع المعالج بقدر أكبر وأكثر نشاطًا ، فى تحديد وتخطيط التغير السلوكى.

أساليب العلاج التشريطية .

جرت عده محاولات لتطبيق مبادئ التشريط (٤) على أساليب العلاج السلوكية لأضطرابات الاعتماد وهى تتضمن منحيين أساسيين لتغيير الخصائص المستنبطة للمنبهات المتعلقة بالمخدرات ، هما:

١- محاولات لخفض قوة المنبهات التشريطيه المتعلقة بالمخدر من خلال الإطفاء التقليدى (٥) (العرض المتكرر للمنبه الشرطى ، دون أن يتبعه تعاطى المخدر). والذى يشار إليه عادة على أنه تعرض للهاديات(٦).

٢- القيام بتشريط عكسى لاستجابات أخرى للمنبه الشرطى نفسه المتعلق بالمخدر.

وقد جذبت أساليب التعرض للهاديات قدرًا كبيرًا من الانتباه فى السنوات الأخيرة ، ومن الممكن تعقب أصول مثل هذه الأساليب حتى الدراسات المبكرة للغاية لباڤلوف ، والتى أظهرت أن الحيوانات يمكن أن تكتسب استجابات للمنبهات الموقفية ، التى سبق أن ارتبطت مع التأثير الاول للمخدر. وقد اعترف ويكلر Wikler (1948) بالدلالة الأكلينيكية لذلك ، من خلال ملاحظة من أن التعاطى الذاتى للهيروين (أو أى مستخلص أفيونى) يقوم به متعاطى المخدرات ، يرتبط بطريقة فريدة ومتكرره بعديد من المتغيرات البيئية ، مثل : رؤية المخدر نفسه، ورائحته، والطقوس التى يجرى فيها التعاطى، وأقران التعاطى، والمكان

---

(1) Motivational milieu therapy (MMT).
(2) Decision making.
(3) Honest.
(4) Conditioning principles.
(5) Extinction.
(6) Cue exposure.

المعين الذى يتم فيه التعاطى. ويكتسب كل ذلك خصائص المنبهات التمييزية فى التشريط الاجرائى [1]، كما تميل المتغيرات نفسها للمزاوجة مع تأثيرات الامتناع الإرادى ، ويتم تشريطها بالطريقة التقليدية لهذه المنبهات البيئية (Wikler, 1980) . ويتعزز كل من سلوك السعى للمخدر وتعاطيه بقوة الآف المرات على مدى التاريخ الإدمانى للشخص ، وكان لإجراءات مشابهه دور مهم فى علاج المخاوف وسلوك الوسواس القهرى، وكثيًرا ماأشير إليها على إنها إغراق [2] ، وتعرض [3] ، ونمذجة بالمشاركة [4] ، ومنع الاستجابة [5]، (Hodgson, 1982). وتعتمد مثل هذه الأشكال العلاجية على فكرة أن الإلحاح القوى للقيام بفعل قهرى ، سيتبدد إذا تمت مقاومة هذا الإلحاح. وعندما يطبق هذا الأسلوب على إدمان الكحول ، يتعين تصميم برنامج ، يقوم فيه المعالج بتحديد تلك الاحداث التى تعمل بوصفها هاديات للتعاطى (وقد تكون هذه الهاديات شعور داخليًا مثل القلق أو الأكتئاب أو مواقف خارجية مثل بارات أو حانات معينه) ثم يعَرض الكحولى بعدئذ ، وبطريقة نظامية لهذه الهاديات ويُساعد على تجنب التعاطى أستجابة لها (Hodgson, ibid) ، ويفترض أيضًا أن عمليات التشريط تلعب دورا مهمًا فى تأسيس الهاديات. وقد أوضح فحص دور التشريط التقليدى فى مجال خبرات تأثير المخدرات والاعتماد المترتب عليها ، نتائج متضاربة. فمن ناحية قد يحدث تشريط لنشوة [6] التعاطى ، فى وجود الهاديات ذات العلاقة بالمخدر (O'Brien et al., 1974) وعلى الرغم من ذلك توجد دلائل مقنعة على أن زمله الامتناع الإرادى يمكن تشريطها استجابة لمنبهات بيئيه سواء لدى الحيوانات أو لدى الإنسان (Wikler et al., 1953, Wikler, 1965) وقد أظهرت دراسات تالية دور كل من التأثير التشريطى وغير التشريطى للمخدر بوصفه مدعمًا أو معززًا [7] (Stewart et al., 1984) وبالقدر نفسه تبين أن كل من التأثيرات التشريطية المتنافسة، والانسحاب التشريطى [8] ينطفئ نتيجة للعرض المتكرر للمنبهات التشريطية فى غيبة المنبه الأصلى (غير التشريطى) .(Siegel, 1983) ، ويعَرض المريض فى الموقف الأكلينيكى لهاديات (تحدد خلال التقييم، ويمكن أن تتضمن هاديات ذات علاقة بالمخدر ، مثل رؤية أدوات الحقن ، وهاديات اجتماعية ، مثل : مقابلة متعاطىّ مخدرات آخرين ، أو هاديات داخلية مثل القلق أو الضجر) والتى عادة ما تثير إلحاحًا لتعاطى الكحول أو المخدر. وخلال جلسة التعرض هذه ، قد يوضع المريض تحت الإشراف، وقد يكون فى بيئة محمية بحيث لا يصله الكحول أو المخدر ، أو ربما يعطى قبل التعرض (فى حاله الكحول) عقارًا منفرًا مثل الدسيولفيرام Disulfiram. والهدف من وراء ذلك هو كسر العلاقة بين المنبه والاستجابة التى تربط بين الكحول نفسه ، وبين منبهات شرطية مختلفة ، وذلك بتعريض المريض الى المنبهات خلال الجلسات ، عندما لا تكون مرتبطة باستجابة التعاطى. وقد استخدم هذا الأسلوب لتحقيق امتناع كامل ، ولكنه استخدمأايضا كجزء من برامج ، تهدف التحكم فى تعاطى الكحول (Heatheran and Robertson, 1986) وقد استخدم اوبراين O'Brien وزملاؤه هذا المنحى النظرى ذاته مع متعاطى مشتقات الأفيون من خلال تعريضهم لهاديات متعلقة بالمخدر ، مثل إبر الحقن ومضخاتها (السرنجة) وحتى للمخدرات ذاتها (Childress et al., 1984, 1988) والمدمنون عُرضه دائمًا لمواجهه منبهات عديدة ، شرطت لجوانب مختلفة

(1) Operant conditioning.
(2) Flooding.
(3) Exposure.
(4) Participant modeling.
(5) Response prevention.
(6) Euphoria.
(7) Reinforcer.
(8) Conditioned withdrawal.

من سلوك تعاطيهم المخدرات، وذلك خلال حياتهم اليومية. وتولد هذه المنبهات الشرطية استجابات شرطية يحتمل أن تؤدى بدورها إلى السعى إلى المخدر وتعاطيه (Powell et al., 1990) ، ويمكن للمتعاطى أن يعانى من مثل هذه التأثيرات بوصفها "رغبة ملحة" (١). وقد وجه النقد الى هذا التعبير باعتباره غير مُعرف بطريقه جيده. وعلى الرغم من ذلك يبدو أنه مفهوم مفيد بالنسبة للمدمنين ، الذى يبدو أنهم يفهمون ما يعنيه، وحيث يذكرون دائماً أنهم يعانونها قبل استخدام المخدر ، وخلال فترة الشفاء ، كما كانوا قادرين على تقدير قوته فى الدراسات الأكلينيكية (O'Brien and Childress, 1991) ، وقد استخدم العلاج بالتعرض للهاديات دائماً ، باعتبارة وسيلة لخفض الرغبة الملحة .

وقد استخدم هودجسون ورانكن Hodgson and Rankin (1976) فى علاجهم لمدمن كحول فى الثالثة والأربعين من عمره إجراءات تسكين مثيرة للإهتمام فى الموقف الحى (٢) ، تضمنت اعطاء المفحوص كمية يومية من الفودكا ، يتعاطاها تحت ظروف شديدة الضبط، وقد ذكرا حدوث انخفاض منظم فى الرغبه الملحه، كما وجدا تحسنا جوهريا فى نهاية ستة اشهر. وقام أوبراين O'Brien وزملاؤه فى فيلادلفيا بسلسلة من تجارب التعرض للهاديات مع أنواع مختلفة من مشكلات المخدرات. وطبق شيلدرز وزملاؤه Childress et al. (1984, 1988) فى بحوثهم على استخدام الميثادون Methadone لمواصلة توقف مدمنى مشتقات الأفيون عن إدمانهم طريقه للاعتياد (٣) على الرغبة الذاتية الملحة . وقد شُجع المستوى الأكلينيكى الذى خفضه المدمنون ممن تلقوا علاجًا بالتعرض للهاديات ، خلال فترة المتابعة . كما استخدمت طرق أخرى مع أشخاص معتمدين على الكوكائين . وقد أوضح تشايلدرز وزملاؤه (1988) وجود استجابات جوهرية للهاديات ذات العلاقة بالكوكائيين بعد ثمانيه وعشرين يوما من العلاج باستخدام التعرض للهاديات. وعلى الرغم من ذلك، فإن الاستخدام الأكلينيكى للتعرض للهاديات لم يرسخ تماماً. وقد وُجد أن التعرض للهاديات لايؤدى الى تحسن جوهرى عند مقارنته بطرق العلاج المعيارية فى دراسة أكلينيكية حديثة لأساليب العلاج ، باستخدام التعرض للهاديات مع مدمنى مشتقات الأفيون ، وذلك فى مستشفى المودزلى Moudsley فى لندن (بيانات غير منشورة).

واعتمدت أساليب علاجية سلوكية أخرى لمشكلات المخدرات على مبادئ التشريط العكسى (٤)، على الرغم من أن مثل هذه الأساليب أقل استخداماً الآن مما كانت عليه فى وقت سابق. ودائماً ما تتضمن مثل هذه الأساليب طرقًا ، تهدف للمزاوجة بين تتابعات غير توافقيه أو تنفيرية وبين منبهات معينه متعلقه باستخدام الكحول أو المخدرات. وقد حاولت بعض الدراسات المبكرة فى التشريط العكسى، على سبيل المثال، ترسيخ منفر شرطى للكحول ، أو لأى مخدر يكون الشخص قد أدمنه . وقد استخدمت كل أشكال العلاج بالتنفير الكيميائية والكهربائية لعلاج مدمنى الكحول فى فترة مبكرة تعود الى الثلاثينيات. وقد استخدم فوجتلين Voegtlin (1940) ماده كيميائيه مثيرة للقىء فى علاج الكحوليين وذكر معدلات امتناع تصل لأكثر من ٦٠ فى المئه بعد عام واحد. وقد ذكر وينس وزملاؤه Wiens et al. (1976) فى فترة احدث معدلات تصل الى ٦٣ فى المئه، وعلى الرغم من ذلك جاءت دراسة والرشتين Wallerstien (1956) بنتيجة مناقضة ؛ حيث تحقق فيها معدل نجاح يبلغ ٤ فى المئه فقط بين الكحوليين ، الذين عولجوا بعلاج كيميائى تنفيرى.

(1) Craving. خرمان
(2) Invivo.
(3) Habituation.
(4) Counter-conditioning.

وكانت التباينات بين معدلات النتائج الخاصة بالاجراءات التنفيرية الكهربائية أكبر من ذلك، فلم يجد ميلر (١٩٧٨) على سبيل المثال أية فروق بين فعاليه برامج العلاج السلوكى ، سواء باستخدام مكونات كهربائيه تنفيريه أو دون استخدامها. ومن ناحيه أخرى ذكر فوجلر وزملاؤه (1975) .Vogler et al انخفاضاً قدره ٨٠ فى المئه فى استهلاك الكحول بين الكحوليين فى برنامج متعدد النماذج لمن تلقوا تنفيرا كهربائياً مقارنة بـ ٤١ فى المئه لمن لم يتلقوا علاجاً تنفيرياً. وهناك الكثير من الدراسات الصغيره للحالة ، استخدمت التنفير الكهربائى لمدمنى مشتقات الأفيون (مثال ذلك : Teasdale, 1973). وقد قدمت هذه الدراسات تأكيدات قليله لقيمتها فى علاج إدمان المخدرات ، على العكس من نتائجها فى إدمان الكحول ،على الرغم من انها حتى مع الكحوليين، كما يعلق هودجسون (1972) Hodgson، يوجد قدر جوهرى من الشك فى فعالية العلاج بالتنفير.

زيادة الحساسية التخيلية [(١)] نوعاً من العلاج التنفيرى ، يستخدم مناظر متخيلة كأحداث منفرة، وقد استخدم هو الآخر فى العلاج، وقد عبر كالنر وروس (1980) Callner and Ross عن التفاؤل بقيمته واصفين له ، باعتباره يتميز "بالقابلية للتطبيق" على اضطرابات الاعتماد ، على الرغم مما يبدو من أن هناك دعماً تجريبيا محدوداً لدعواهما. وقد قارن هيدبرج وكيمبل (1974) Hedberg and Campbell بين زيادة الحساسية التخيلية وأساليب العلاج الأخرى فى تجربه ، أجرياها على مرضى كحوليين، وقد وجدا أن التنفير الكهربائى كان اقل أساليب العلاج فعالية ، بينما أدت زيادة الحساسية الداخلية إلى أقل معدلات التحسن ، مقارنة بأسلوبهم فى التسكين المنظم [(٢)] أو العلاج السلوكى العائلى.

أساليب العلاج الجماعية

من بين كل أساليب العلاج المستخدمه فى علم الطب النفسى [(٣)] ، يعد العلاج الجماعى أكثرها شيوعاً، وأكثرها عدم تحديد فى الوقت نفسه. وتعمل الجماعات المختلفه وفقاً لمبادئ تحليل نفسى صادق، مثل مجموعات السيكودراما [(٤)]، وجماعات حل المشكلات [(٥)]، وجماعات الخبرة [(٦)]، وجماعات المساندة [(٧)]، وفى بعض الحالات دون أى خطوط هادية [(٨)] واضحة على الإطلاق ، ولا يثير أن تكون المجموعات أحد أكثر الأختيارات العلاجية صعوبة فى التقييم، وعلى الرغم من قبولها على نطاق واسع، فإن أكثر الادعاءات لصالحها لاتقدم أكثر من انطباعات ذاتية للمؤلفين. ومعدلات التحسن (والتى تحدد وفق طرق مختلفة) أدعى انها تتراوح بين صفر فى المئة و ٨٢ فى المئة.

والكحوليين المجهلى الأسماء [(٩)] وأبناء عمومتهم المعروفين بدرجة أقل، ومدمنى المخدرات المجهولين هم من تتشكل منهم المجموعة العلاجية، أو يشكلون مجموعات أخرى خاصة. ولهذه الأساليب نجاحات ضخمه فى بلدان متعددة ، وفى الولايات المتحدة على وجه الخصوص. وحيث دائماً ما تكون هى

---

(1) Covert sensitisation.
(2) Systematic desensitisation.
(3) Psychological medicine.
(4) Psychodrama.
(5) Problem-solving.
(6) Experiential.
(7) Support.
(8) Guidlines.
(9) Anonymous alcoholics (AA).

الأسلوب العلاجى السائد. ويمكن النظر إلى جوهر هذه الأساليب باعتبارها نوعاً من المساعدة الذاتية [1]، أو مجموعات للمساندة المتبادلة [2]. وهى تتسم على غير المعتاد- على الرغم من أنها ليست فريدة فى ذلك على الإطلاق - بجوانب عقيدية واضحة. ولا يوجد اهتمام فى جماعة الكحولى المجهل بأسباب التعاطى، ودون اعتبار لأى من هذه الاسباب ، والتى تعد مجرد أعذار، هناك ايمان أن تعاطى الكحول ينتج عن شعور بالقهر للتعاطى، وأن الكحوليين فقدوا القدرة على التحكم فى تعاطيهم ، سواء بوعى أو دون وعى.

وتصف جماعة الكحولى المجهل نفسها بطريقة كاملة فى "الكتاب الكبير" (Alcoholics Anonymous, 1955) ، والذى يدعى أن ٥٠ فى المئة من الكحوليين الذين يشتركون فى جماعة الكحولى المجهل ، يصلون إلى إمتناع فورى دائم ، وأن ٢٥ فى المائة أخرين يحققون ذلك ، أى ٧٥ فى المائة ، معدل امتناع نهائى. ولاتقدم دلائل بحثيه لإثبات هذه الادعاءات. ومع ذلك فالكثير من الباحثين مقتنعون بفائدة جماعة الكحولى المجهل ويقرر زوسكا وبورش Zuska and Pursch (1980) أنه لم يصبح هناك شك فى أن طريقة الكحوليين المجهلين مسئولة عن اعتدال أكثر الكحوليين ، مقارنة باى طريقة علاجية أخرى منفردة، وأن الأطباء الذين يرغبون فى التعلم حول إدمان الكحول ، يتعين عليهم حضور اللقاءات الخاصة بالكحولى المجهل، وسيتعلمون على الأقل أن إدمان الكحول دائماً ما أسيئ تشخيصه وعلاجه بواسطه الأطباء.

وقد حاولت عدة دراسات تقييم طريقة "الكحولى المجهل". ويذكر بيبنجتون Bebbington (1976) من خلال مراجعة للتراث المتاح أن ٢٦ فى المئة يظهرون معدلات دنيا معقولة من النجاح، كما يذكر جيندرا وفورسلند Jindra and Forslund (1978) أن الحد الأقصى لفعالية طريقة "الكحولى المجهل" قد يصل إلى حوالى ٥٠ فى المئة من الامتناع بنهاية عام.

ومن المثير للدهشة بالنسبة لهذا النظام العلاجى المهم والواسع الإنتشار ، أنه لايعرف إلا القليل عن طريقة الكحولى المجهل، والأقل من ذلك هو المعروف حول مدمن المخدرات المجهل. وعلى الرغم من ذلك فإن البحوث المتزامنة فى العلاج الجمعى تذكر أنه فى حاله العلاج باسلوب الكحولى المجهل يوجد معدل مرتفع للأفراد الذين يفشلون فى استكمال العلاج، غير أنه بين أولئك الذين يستمرون دائماً ما تكون النتائج جيدة (Scott and Goldberg, 1973). ومن الممكن أن تكون مثل هذه الأشكال العلاجية فعالة بالنسبه لبعض الناس، غير أنه لا يتعين اعتبارها نموذجاً علاجياً لكل شخص ،لديه اضطراب اعتماد على المخدرات.

العلاج النفسى

مثلما يوجد فى كثير من أساليب العلاج النفسى، هناك خلط عام حول ما يحدث حقيقه أثناء العلاج النفسى. ويستخدم المصطلح ذاته كثيراً للأشارة الى العلاج بالكلام ، الذى يعتمد على مبادئ الديناميات النفسيه [3] أو التحليل النفسى [4] ولسوء الحظ فإن القدر من التاثير الذى مارسه التحليل النفسى لم يتطابق مع قدر مقابل من الوضوح فيه. وفى أى من أشكاله الدقيقة ظل كل من المذهب ذاته وكذلك أجزاؤه ناجحين فى البقاء على غموضهما (Gossop, 1981).

وهناك شعور عام شائع بين المعالجين النفسيين أن البنية الشخصية الأساسية للكحولى ومدمن

(1) Self-help.
(2) Mutual-support groups.
(3) Psychodynamic.
(4) Psychoanalyis.

المخدرات تجعل منهما مرشحين سيئين للعلاج النفسى (مثال ذلك: Selzer, 1967) ويستخلص ميلر وهيستر (1980) Miller and Heaster من مراجعتهما الشامله للأختيارات العلاجية أن العلاج النفسى ذا التوجه التحليلى ليس من العلاجات المختارة للكحوليين، وأنه يتسم بقدر أكثر أنخفاضاً فى الفعالية من الطرق العلاجية البديلة ، أو هو على أحسن الأحوال مساوى لها فى الفعالية. وعلى الرغم من ذلك ففى مجال خُدم بالبحوث التقيمية بطريقة واضحة السوء للغاية ، نجد دراسه مثيرة للشغف ، قام بها وودى وزملاؤه (1981) .Woody et al ، حيث قارن هؤلاء المؤلفون شكلاً من العلاج النفسى يطلق عليه العلاج التدعيمى التعبيرى [١] بنمطين علاجيين أخرين ، هما:العلاج المعرفى السلوكى (كما صوره بيك ، وأشرف عليه فى هذه الدراسة) ، وارشاد نفسى حول المخدرات [٢]. ويعتمد العلاج التدعيمى التعبيرى على التحليل النفسى ويهدف مساعدة العميل على تحديد القضايا الخاصة بالعلاقات المُشكلة والعمل خلالها، كما يعطى اهتماماً خاصاً لمعنى تعاطى المخدر لدى المتعاطى. وقد وجد وودى وزملاؤه أن مدمنى مشتقات الأفيون الذين تلقوا علاجاً نفسياً ، تحسنوا بدرجة أكبر مما حققته مجموعة الإرشاد النفسى فى قدرتهم التعبيرية عن صعوباتهم ، ومن حيث استخدامهم لمشتقات الأفيون وبقيه العقاقير الأخرى ، ذات التأثير النفسى [٣]، أما المدمنون الذين تلقوا علاجاً سلوكياً فقد تحسنوا أيضاً ، إلا أنه لم يوجد فرق بين هذا العلاج ، وأى من العلاجين الآخرين. ويستخلص المؤلفون من ذلك أن بعض متعاطى مشتقات الأفيون، يمكنهم الإفادة من العلاج النفسى، وأن العلاج النفسى يمكن أن يضيف شيئاً إلى الخدمات الإرشادية الروتينية .

العلاج الطبى

ليس من غير المعتاد أن يحتاج مدمنو المخدرات والكحوليين لرعاية طبية ، والكثير من المدمنين، وبالأخص مدمنى المسكنات والمنومات، ومستخدمى مشتقات الأفيون يتناولون جرعات زائدة (Gossop et al., 1975). كما أن سلوك متعاطى المخدرات، وأولئك الذين يستخدمون حقن المخدر على وجه الخصوص، يجعلهم عرضه لأمراض مثل الإيدز والتهاب الكبد الوبائى [٤]، وعفن الدم [٥]، والتهاب الشغاف البكتيرى الغدى [٦]، كما يرتبط الاعتماد على الكحول بالمثل بمخاطر صحيه متعدده. ومن المعروف أن الإدمان طويل الأمد يسبب تلفاً فى الكبد والبنكرياس والمخ.

وقد يكون لحقيقة أن الإدمان الكثيف والطويل للكحول يؤدى إلى تلف مخى ، دلالات فى العلاج النفسى، فقد تبين أن الضمور اللحائى [٧]، الذى وجد بين كثيفى الشراب مرتبط بالخلط والتشوه وصعوبات التركيز، كما أنه يؤدى فى مراحله الاخيرة إلى حالة غير متميزة عن العته [٨]، ومن الواضح أنه فى مثل هذه الحالات المتقدمة توجد معوقات ضخمة فى الاستفادة من أى برنامج علاجى ، يتطلب مهارات نفسية متكاملة ومعقدة. وعلى الرغم من ذلك فليس من المعروف تماما إلى أى مدى يتدخل العجز العصبى فى حده الأدنى فى قدرة المفحوص على الفهم والتذكر والقيام بالمتطلبات العلاجية (Glass, 1991).

وأكثر ملامح العلاج الطبى الفورى دائماً ما تكون علاج المريض من التسمم [٩]، والكثير من

(1) Supportive-expressive therapy.
(2) Drug-counselling.
(3) Psychoactive drugs.
(4) Hepatitis.
(5) Septicaemia.
(6) Bacterial enocarditis.
(7) Atrophy.
(8) Senility.
(9) Detoxification.

المخدرات، ومنها الهيروين على وجه الخصوص، وبعض المستخلصات الأخرى من الأفيون تؤدى إلى اعتماد عضوى ، بمعنى أن المدمن يعانى من أعراض انسحاب ، عندما يتوقف عن تعاطى المخدر، وهذا صحيح أيضا مع المهدئات والمنومات ، والبنزودايازبينات (مثل الفاليوم Valium، والموجادون Mogadon والليبريوم Librium وغيرها) . كما أن للكحول أيضاً زمله انسحاب خطيرة. وينظر للدلالة النفسية لمرحلة الانسحاب بشكل مختلف من الناس المختلفين. ويميل بعض المؤلفين إلى اعتبارها أمراً غير مهم نسبياً . ويصف كليبر Kleber (1981)، على سبيل المثال، زملة انسحاب مشتقات الأفيون على أنها تشبه نوبة أنفلونزا . وعلى الرغم من ذلك فمن الواضح أن كثيرين من المدمنين يرتعبون للغاية من الانسحاب (Gossop et al., 1982a). وقد يكون هذا الخوف الشديد عذراً بالنسبة للبعض لعدم محاولة التوقف عن المخدر.

وعلى الرغم أن إزالة التسمم كان يعتبر احياناً فى الماضى -علاجاً كافياً للاعتماد على المخدرات، إلا إنه من المعتاد الآن النظر إلى عمليات انسحاب الشخص من المخدر على أنها المرحلة من برنامج علاجى أوسع. ويمكن إزالة أثر التسمم فى حد ذاته ، سواء للمريض الذى يعالج داخل المستشفى أو المريض الخارجى . وفى دراسة مسحية على المستوى الوطنى ، شملت أكثر من ١٦٠٠٠ أمريكى مدمن، وجد جو وسيمبسون Joe and Simpson (1974) أن مدمنى مشتقات الأفيون كانوا يحققون نجاحاً مضاعفاً فى علاجهم من آثار التسمم ، عندما كانوا يعالجون أثناء إقامتهم بالمستشفى ، أكثر مما كانوا يحققون كمرضى خارجيين . وقد وجد فرق أكبر من ذلك فى دراسة بريطانية ، حيث أكمل ٨١ فى المئة من المرضى المقيمين فى المستشفى علاجهم بنجاح من آثار التسمم من مشتقات الأفيون ، مقارنة بـ ١٧ فى المئة من المرضى الخارجيين (Gossop et al., 1986).

وعلى الرغم من ذلك يذكر أنه فى مجال إدمان الكحول لا تحتاج إلا اقلية من الأفراد فقط للانسحاب من الكحول خلال إقامتهم فى المستشفى، وأن إزالة آثار التسمم للمرضى الخارجيين بديل آمن فعال (Miller and Hester, 1980). ولم يجد ادواردز وجوثرى Edwards and Guthrie (1967) فروقاً فى معدلات النتائج المحققة بين مجموعتين من الكحوليين ، صنفتا عشوائياً لتلقى برنامج علاجى داخل وخارج المستشفى. وعادة ما تتم إزالة آثار التسمم أثناء الإقامة فى المستشفى ، خلال أسابيع قليلة ، وذلك بإعطاء جرعة متدرجة الانخفاض من مخدر الاعتماد (كما يحدث فى حالة مشتقات الأفيون) ، أوعقار بديل (كما فى حالة الاعتماد الكحولى)، أما إزالة آثار التسمم عند المرضى الخارجيين ، فعادة ما تتم خلال فترة أطول إلى حد ما .

وإحدى الخرافات المتبقية حول الإدمان ، هى أن الاعتماد على إدمان الكحول والمخدرات ، هما فى حقيقه الأمر أمراض ، يمكن علاجها بواسطة الإجراءات الطبية التقليدية . وفكرة أن الإدمان عبارة عن شكل من أشكال المرض ، نشأت على نطاق واسع باعتبارها بديلاً إنسانياً للأساليب العقابية ،التى كانت سائدة فى أمريكا على وجه الخصوص فى فترة مبكرة من هذا القرن (Gossop, 1982). ولكن، رغم حسن نوايا اولئك الذين اعتبروها كذلك، فإن مثل هذه الأفكار كان لها تأثير مدمر على تطور بدائل العلاج نتيجه للطرق ، التى ركزوا بها على البحث عن عقار يشفى الإدمان.

وعلى الرغم من أن المهدئات الخفيفة [1] كثيراً ما توصف للكحوليين، فإن هناك القليل من الدلائل، التى توحى أنها تؤدى إلى فائدة محققة ، وقد وجد ماير ومايرسون Mayer and Myerson (1971) معدلات تحسن أكثر انخفاضاً على مقاييس تعاطى الكحول بين مرضى ، عولجوا بالمهدئات مما وجداه بين

(1) Minor tranquillisers.

أولئك الذين لم يتلقوا أى علاج طبى، كما وجد كيسن وزملاؤه Kissin et al. (1970) أن توليفة من المهدئات ومضادات الأكتئاب تؤدى إلى معدلات امتناع، تصل إلى ١٦ فى المئة، مقارنة بمعدلات تصل إلى ٢٢ فى المئة لأى من أساليب العلاج النفسى أو العلاج القياسى فى المستشفى. وقد استخدمت عقاقير أخرى مختلفة فى علاج الإدمان، إلا أن التراث البحثى لا يقدم إلا القليل من الدعم لفعالية العلاج بالعقاقير، ذات التأثير النفسى فى علاج إدمان الكحول (Pattison, 1977). ولا ينصح باستخدام هذه العقاقير على وجه الخصوص مع مدمنى المخدرات؛ حيث يستطيبون مذاقها بسرعه، وبالأخص البنزوديازبينات، وقد نمى سوء استخدام مثل هذه العقاقير بمعدلات ضخمة خلال السبعينيات والثمانينيات. وعلى الرغم من وجود اعتراف متزايد بهذه المشكلات بين العاملين فى المهن الطبيه، إلا أن خطورتها مازالت مستمرة، ومازالت لاتقيم التقييم الصحيح (Gossop, 1982).

والاستخدام السليم أو غير السئ للديسولفيرام (*) Disulfiram يمثل شكلاً خاصًا فى العلاج بالعقاقير، فالديسولفيرام عقار منشط كحولى، وعند إضافته للكحول يؤدى إلى كف إنزيم الألدهايد اللاهيدروجينى [1]، ويؤدى إلى رد فعل عنيف وغير محبب مع أعراض مثل الدوار والعرق والغثيان والقئ، وأى شخص يتعاطى الديسولفيرام لا يمكنه تعاطى الكحول، دون المخاطرة بمثل هذه الإرجاع، وقد استخدم العقار لمساعدة الكحوليين السابقين على مواصلة امتناعهم.

ولسوء الحظ .. فإن محاولات تقييم آثار مواصلة الامتناع، التى يوفرها الديسولفيرام فسدت؛ نتيجة لأن المرضى الذين أختيروا لأخذ العقار كانوا يختلفون جوهريًا عن اولئك، الذين رفضوا استخدامه. وتتطلب دراسة تأثير استخدام الديسولفيرام أن يكون الشخص متعاونًا، ويخضع للنظام العلاجى، ويأخذ العقار بانتظام (US Institute of Medicine, 1990). ويؤدى ذلك إلى تأثيرات متضاربة بقوة فى دراسات تقييم العلاج. ولكن مع التحفظات الضخمة التى ترتبت على ذلك، فإن نتائج أرمور وزملائه Armor et al. (1978) اشارت إلى أن المرضى الذين يعالجون بالديسولفيرام حققوا تحسنا أفضل من اولئك الذين لم يعالجوا به. وفى دراسة معماة [2] مضبوطة، جرت فى مراكز متعددة. وجد فوللر وزملاؤه Fuller et al. (1986) أن الديسولفيرام بالطريقة التى يستخدم بها فى العيادات الخارجية أصبح لا يزيد فى فعاليته عن فعالية الارشاد النفسى فى تحقيق امتناع مستمر، على الرغم من أن نتائجهم تشير إلى أن المرضى أصحاب أفضل الاستجابات للديسولفيرام أكثر ميلاً لأن يكونوا الأكبر عمرًا والأكثر استقرارًا من الناحية الاجتماعية وممن لهم تاريخ فى الانتكاس. وهناك شكوك أخرى حول العلاج بالديسولفيرام ناتجة عن عدم امكانيه التنبؤ بمستوى المصل، وقد أثارت عدة دراسات حديثة تساؤلات حول درجة الآمان فى استخدامه. وقد جرت محاولات مشابهه لعلاج مدمنى مستخلصات الأفيون باستخدام عقاقير مضادة توقف تأثيرات النشوة [3] من الأفيونات مثال ذلك النالتريكسون Naltrexone، وهو يؤخذ عن طريق الفم، وهو مضاد منافس طويل المفعول لمراكز استقبال مشتقات الأفيون. وتعمل هذه العقاقير بأساليب مختلفة عن عمل الديسولفيرام، إذ توقف التأثير الانتشائى لمستخلصات الأفيون، دون أن تؤدى إلى غثيان أو أى استجابة عضوية تنفيرية أخرى. ومره ثانية، فعلى الرغم من أن القليل من المدمنين، يمكن أن يستفيدوا

(*) مخدر يستخدم في علاج ادمان الكحول

(1) Enzyme aldehyde dehydrogenase.
(2) Blind study.
(3) Euphoria.

من العلاج بالمضادات، إلا أن هناك بعض الصعوبات فى إغرائهم بتعاطى هذه العقاقير. وفى دراسة أمريكيه حديثة ، أجريت على ٧٣٥ مدمنًا وافقوا على الاشتراك فى محاولة استخدام هذه العقاقير ، ترك ٥٤٣ منهم (٧٤ فى المئة) التجربة قبل أن يتعاطوا حتى الجرعه الأولى (O'Brien and Greenstein, 1981) ، ونتيجه لهذه الصعوبات التى تحدث فى المرحلة الأوليـة ، ونتيجة لمعدلات الخروج المرتفعة من التجربة خلال الشهر الأول من العلاج ، تميل فائدة استخدام المضادات لأن تكون محدودة بشريحة صغيرة من مجتمع متعاطى مستخلصات الأفيون. ويبدو هذا النوع من الأساليب مناسباً بشكل أفضل لأولئك المدمنين ، ذوى الدافعية القوية والمستمرة لترك الأفيونات . وقد تكون المضادات مع مثل هؤلاء الاشخاص إجراءاً مساندا مفيداً. وعلى سبيل المثال ، فقد أظهرت الدراسات ، التى أجريت على مدمنى مستخلصات الأفيون من المهنيين ، ومن أبناء الطبقة المتوسطة نتائج أكلينيكية جيدة مع النالتريكسون (Ling and Wesson, 1984; Washton et al., 1984) وقد استخدم الميثادون Methadone على نطاق واسع فى علاج إدمان مشتقات الأفيون ، على مدى أعوام طويلة . ومنذ اكتشاف فيروس الإيدز ومرض الايدز اكتسبت أساليب العلاج الخاصة بمواصلة الامتناع دعماً شعبياً قوياً نتيجة لصلتها بالأهداف العلاجية الساعية "لخفض الاذى" (١) ، وبلغ عدد برامج مواصلة الامتناع باستخدام المثيادون ٦٦٧ برنامجًا فى الولايات المتحدة فى يناير ١٩٨٩ ، كانت تعالج حوالى ٨٠,٠٠٠ مدمن، ويستخدم العلاج بالميثادون فى بلاد كثيرة. وعلى الرغم من ذلك ، فهناك تباين كبير بين برامج العلاج ، وتباين فى الطريقة التى يعطى بها الميثادون.

وقد وجد جوسوب وجرانت (1991) Gossop and Grant فى دراسة مسحية أجريت فى ٦ دول فروقا بينها ، من حيث عدد المرضى الذين يتلقون العلاج، والتركيبة الدوائية ، وطريقة تناول الميثادون، وفروق فى مستوى الجرعات ، وفترة وصف الدواء ، ومحكات الاشتراك فى البرنامج ، ومتطلبات الحضور، وطريقـه التزود بالعـقـار. وبعض أو كل هذه العوامل يمكن أن تجعلنا نتـوقـع أن يكون لهـا دور مـهـم فى الفعالية العلاجية ، ونتيجة لهذه الفروق المهمة فى الطريقه التى تقدم بها خدمه الاستمرار الفعلية ، فإن استمرار التوقف باستخدام الميثادون ، يتعين النظر اليه باعتباره منحاً علاجيًا عامًا وليس إجراءً محدداً أو نوعًا من الإجراءات.

وكان دول ونيسواندر (1965) Dole and Nyswander هما أول المدافعين المتحمسين عن هذا النوع من العلاج، وهما اللذان ذكرا أن التدخل باستخدام الميثادن يعوق اشتياق المدمن للهيروين، ويؤدى إلى تحسن عام فى الأداء الاجتماعى، وقد أصر عدد من المؤلفين على أن فعالية استمرار الامتناع باستخدام الميثادون لا تحتاج لسؤال، وهناك مرجع واحد على الأقل فى الطب النفسى ، ينسب لهذا العلاج معدلات نجاح مسرفة تقع بين ٧٠ إلى ٩٠ فى المئة (Anderson and Solomon,1971) ، وعلى الرغم من ذلك ، فربما لم يقدم أنصار العلاج بالميثادون له مساندة بالمبالغة فى مزاياه.

وإحدى أكثر الدراسات تفصيلاً واقناعًا حول العلاج بالميثادون ، نشرها حديثًا بول و روس Ball and Ross (1991) ، وقد شملت هذه الدراسة التقييمية أكثر من ٤٠٠ مريض فى ستة برامج مختلفة. وأشارت النتائج إلى أنه بقدر استمرار المرضى فى برنامج الميثادون ، يوجد انخفاض جوهرى فى تعاطى المخدرات المحظوره، وكذلك انخفاض فى أنماط السلوك الأخرى المستهدفة (انخفاض السلوك الاجرامى على سبيل المثال) . وعلى الرغم من ذلك ، فإن مثل هذه المكاسب العلاجية غالبًا ماتفقد ، عندما يترك المرضى البرنامج أو عندما يتوقف تزويدهم بعقار مواصلة الامتناع. وفى ضوء الادعاءات التى قدمت حول

(1) Harm-reduction.

الاستمرار على الميثادون بوصفه علاجًا مخفضاً للأذى. كان من المثير للشغف ما وجده بول وروس، من أنه رغم أن الاستمرار على الميثادون ارتبط بانخفاض فى تكرار المشاركة فى إبر الحقن ، إلا انه لم يكن هناك اى انخفاض جوهرى فى النسبة المئوية من المرضى ، الذين يتشاركون فى أدوات الحقن .

اساليب العلاج فى الميزان

تُعد أية محاولة تجرى فى مجال علاج اضطرابات الاعتماد لتلخيص حالة هذا الفن العلاجى، بمثابه مخاطرة خطيرة تؤدى إلى الوقوع فى مستنقع مثير للضجر من الادعاءات ، التى قدمتها البحوث والأرقام التى خرجت بها . وأحياناً ما يبدو أنه بقدر طول القصة ، بقدر انخفاض الوضوح الذى يصبح عليه الموقف. وتبدو أساليب العلاج التى لقيت ترحيبًا على أنها تمثل نجاحاً فى احدى الدراسات ، بوصفها فشلاً مثيراً للقنوط فى دراسة أخرى. ويجب الاعتراف أنه من الصعب على الأخصائيين الأكلينيكيين أن يجدوا فى الوقت الراهن مؤشرات واضحة وغير ملتبسة حول كيفية علاج شخص ما من مشكلة تعاطى مخدرات أو كحول. والتصميمات البحثيه التقييميه التقليدية ليست مفيدة هنا على وجه الخصوص ، فقد صممت بشكل عام للإجابة عن أسئلة مثل : هل المرضى المعتمدين على المخدر / الكحول يميلون بقدر أكبر للتحسن عندما يحصلون على العلاج س أم العلاج ص ؟ وفى ضوء الفروق الفردية بين المعتمدين على المخدرات ، أو بين مجموعات الكحوليين لا يعد مثل هذا السؤال ملائمًا. وبالعوده إلى التماثل مع المرض العقلى ، سنجد أنه ليس من الملائم أن تصمم دراسة بحثية للإجابة عن السؤال الآتى : "هل المرضى العقليين أكثر ميلاً الى التحسن بعد تلقى العلاج س أو ص ؟" ؛ إذ يتطلب الأمر على أقل تقدير أن يتجه السؤال إلى الاهتمام بالاستجابة الفارقة لانواع مختلفة من المشكلات النفسية لأنواع مختلفة من التدخلات.

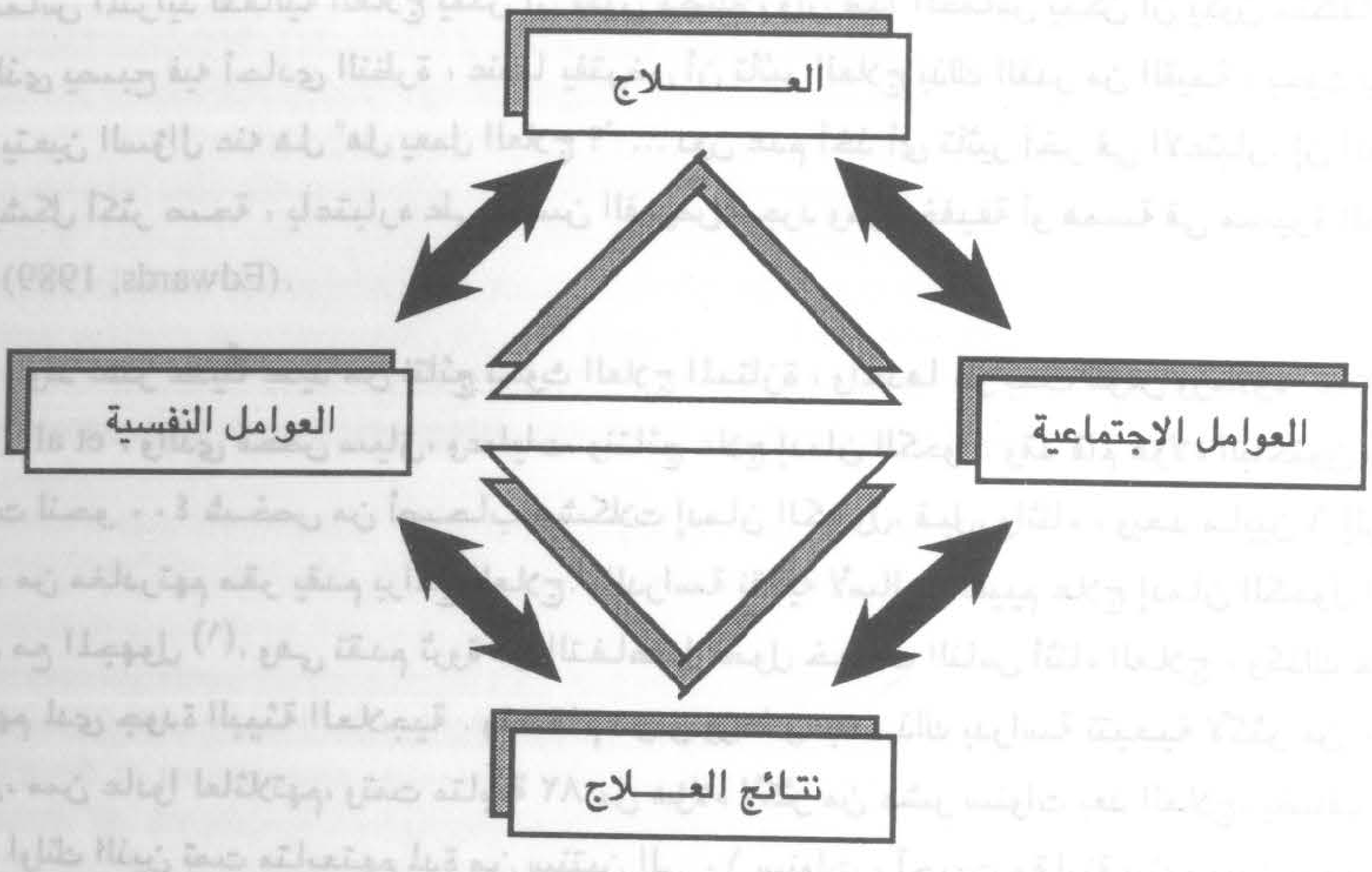
وقد توصل كلير Clare فى الإجابه عن سؤال : ما مقدار جودة أساليب علاج إدمان الكحول إلى عدد من الاستخلاصات المتشائمة ، منها على وجه الخصوص أن نسبة ضئيلة من الامتناع تتحقق خلال فترة تمتد من ٦ الى ١٢ شهرا من تلقى العلاج ، مهما كانت طبيعة هذا العلاج أو كثافته أو طول فترته (Clare, 1977) ، كما توصلت مراجعة مبكرة لأساليب علاج إدمان المخدرات لنتيجة مماثلة :

> **لا توجد علاقة بين الوقت الذي ينفق في العلاج ونتائجه ، ولا توجد علاقة بين نوع العلاج ونتائجه، ومهما كان شخص المعالج أخصائيًا اجتماعيًا عدوانيًا ، أو مرشدًا يعمل بأسلوب روجرز، أو مرشدًا دينيًا ، أو معالج نفسي ذا وجه تحليلي نفسي ، أو اخصائيًا اكلينيكيًا يستخدم الميثادون ، أو مدمنًا سابقًا يقدم مساعدة ، فان النتيجة النهائية لا تختلف جوهريًا** (Enstein, 1966) .

وقد أصبح مثل هذا التشاؤم غيرمسوغ الآن ، فهناك الآن تكامل مثير بين الدلائل ، التى خرجت بها البحوث الحديثة ، والتى توضح أنه حتى أولئك الذين يعانون من درجة حادة من الاعتماد على الكحول أو المخدرات ، يمكنهم أن يحققوا شفاءً من إدمانهم (Biernacki, 1986; Gossop et al., 1989). وفى ضوء العديد من الاعتبارات يعد امراً شاذاً ان يظل المدمنين مدمنين طوال حياتهم ، فالأغلبية ستتوقف عند نقطة ما. ويبدو التشاؤم المبكر حول النتائج العلاجية من الأمور العتيقة المندثرة.

وربما يمكن النظر الى التوقعات السلبيه بعيدة المدى حول دور العلاج فى إحداث التغيير على أنها نتجت عن الخلط المتعلق بالطبيعة الأحادية للسلوك الإدمانى، بالإضافة الى تطبيق إجراءات منهجية غير

ملائمة. وسيكون من المفيد فى الوقت الراهن أن يتجه تركيز الممارسات الأكلينيكية والبحوث التقييمية بدرجة أقل على تطبيقات أساليب تدخل علاجية محددة ، وأن يمنح قدر أكبر من الاهتمام لمطابقة أساليب العلاج على الخصائص النفسيه والاجتماعية للشخص ،الذى يوجه اليه مثل هذا العلاج. وكما يحدث فى أية دراسات تتبعية ، وجد بولش وزملاؤه (Polich et al., 1981) فى بحثهم حول مسار إدمان الكحول أن الخصائص الاجتماعية والنفسيه لعينه المفحوصين عند دخولهم المستشفى ، كانت بمثابة المحددات القوية لسلوكهم التالى ، ويعقب بولش وزملاؤه على ذلك بالقول : "إن مثل هذه العوامل المتعلقة بالمفحوصين ، مثل: تاريخ تعاطى الكحول، والظروف الاجتماعية المحيطة كان لها تأثيرها الأكبر على النتائج مقارنة بأى عوامل علاجية مقاسة".



شكل (٢ – ٢٠) : تأثيرات العلاج، والعوامل النفسية والاجتماعية على النتائج.

وقد نشر رو Raw مراجعة قيمة لأساليب علاج الاعتماد على التدخين وحيث قدم النقطة التالية بشكل دقيق :

> **العيب الأساسي في أغلب بحوث العلاج في مجال التدخين ، هو في توجيهها لاهتمامها علي العلاج ، بشكل يمنع الاهتمام بالمفحوصين ومتغيراتهم .. وبالتالي فإن علاجاً جديداً يكتشف ويمتدح ؛ وإذ به لايقدم في الواقع إلا قدراً ضئيلاً من التغير في النتائج، ثم إذ به يختفي (يغرق) عند مقارنته بعناية بأساليب العلاج الأخري أو بأجراءات أخري غير محددة** (Raw, 1978 : 473).

وتقدم أساليب العلاج لمشكلات المخدرات إضافة صغيرة لعالم متعاطى المخدرات أو الكحوليين، ومثلما يحدث فى تحديد مشكلات المخدرات فإن سيكلوجية الفرد ، والموقف الاجتماعى ، الذى يعيش فيه هذا الفرد تمارس تأثيرات قوية على النتائج. وقد يكون من المغرى بالنسبة للمعالج فى موقف الممارسة أن يعتقد أن عوامل العلاج أكثر قوة مما هى عليه بالفعل . وعلى الرغم من ذلك فإن هذا قد يكون مضلاً فى

توفير تقييم أقل مما يجب لإمكانات العوامل المساهمة من خارج السياق العلاجى. وقد لاحظ هوبار وزملاؤه .Hubbard et al " أن دور العلاج هو أن يغير السلوك والحالة النفسية ، وأن يوجه العملاء إلى الموارد الاجتماعية أثناء وبعد العلاج ، وأن لا تمارس برامج العلاج ضباط مباشراً على السلوك ، بعد أن يترك العميل العلاج ، ويتعين بالأحرى أن تؤثر فى سلوك ما بعد العلاج بشكل غير مباشر ، من خلال التغيرات فى الحالات النفسيه والسلوك أثناء العلاج" (Hubbard et al., 1989 : 35). ويتعين النظر فى هذا النوع من النماذج إلى توجه أساليب العلاج إلى مواصلة التغير بعد العلاج ، بحيث تعمل بشكل غير مباشر، كما تبدو فى شكل (٢ - ٢٠) .

وقد قدم ادواردز Edwards وجهة النظر نفسها ؛ حيث قدم تحذيراً قوياً من قصور العلاج ، وذكر أن الحماس المتزايد لفعالية العلاج يمكن إن يكون مضللاً، وأن هذا الحماس يمكن أن يكون متكلفا إلى الحد الذى يصبح فيه أحادى النظرة ، عندما يفترض أن تأثير العلاج بذلك القدر من القيمة ، بحيث يكون كل ما يتعين السؤال عنه هل "هل يعمل العلاج ؟" ... دون عدم أخذ أى تأثير آخر فى الاعتبار. إن العلاج يدرك بشكل أكثر صحة ، باعتباره على أحسن الفروض مجرد وكزة خفيفة أو همسة فى مسيرة الحياة الطوية (Edwards, 1989).

وقد نشر حديثًا عديد من نتائج بحوث العلاج الممتازة ، وأحدها هو بحث موس وزملاؤه Moose et al. (1990) ، والذى فحص سياق، وعمليات، ونتائج علاج إدمان الكحول. وقد قام هؤلاء الباحثون بعقد مقابلات لنحو ٤٠٠ شخص من أصحاب مشكلات إدمان الكحول، قبل، واثناء ، وبعد مابين ٦ إلى ٨ شهور، من مغادرتهم مقر يقدم برامج العلاَج. والدراسة نقدية لأساليب تقييم علاج إدمان الكحول التى تتعامل مع المجهول (١)، وهى تقدم ثروة من التفاصيل حول خبرات الناس أثناء العلاج ، وكذلك حول تقييمهم لمدى جودة البيئة العلاجية . وقد قام موس وزملاؤه بعد ذلك بدراسة تتبعية لأكثر من ١٠٠ شخص، ممن عادوا لعائلاتهم، وتمت متابعة ٨٢ من هؤلاء لأكثر من عشر سنوات بعد العلاج. يضاف إلى ذلك أن اولئك الذين تمت متابعتهم لمدة من سنتين الى ١٠ سنوات ، أجريت مقارنة بينهم وبين مجموعة ضابطة مطابقة سحبت من المجتمع ، كما أجريت مقارنة أخرى بين أزواج وأطفال المرضى السابقين ، ممن تمت متابعتهم أيضًا بمجموعة ضابطة مطابقة . ويستخلص المؤلفون أن العلاج يؤدى إلى تحسن جوهرى فى سلوك تعاطى الكحول . وقد فحصت الدراسة بعناية مدى التباين فى النتائج ، الذى يمكن إرجاعه الى عوامل الشخص قبل العلاج ، وكثافة وجودة العلاج والعائلة ، والسياق الاجتماعى الأكثر اتساعاً ، وكانت دلائل تأثير العلاج مشجعة بقدر أكبر من تلك ، التى ذكرت فى دراسات أخرى، على الرغم من أن العوامل الفردية والاجتماعية لعبت أيضًا دوراً مهمًا فى تحديد النتائج.

وقد اكتملت حديثًا دراسة كبرى فى مجال مشكلات المخدرات فى الولايات المتحدة ، وهى "دراسة توقعات النتائج العلاجية" (٢) ، والتى شملت أكثر من ١١,٠٠٠ شخص ، شاركوا فى ٤١ برنامجاً علاجياً من مشكلات المخدرات (Hubbard et al., 1989) ، وعقدت مقابلات مع أفراد العينات خلال فترات ٣ شهور، وعام، وعامين، ومن ٣ إلى ٥ أعوام بعد تركهم للعلاج.

---

(1) Black box .
(2) The treatment outcome prospective study (TOPS)

وقد أوضحت الدراسة وجود تناقص فى سوء استخدام [1] مشتقات الأفيون والمخدرات الأخرى بعد العلاج، وقد وجد استمرار فى انخفاض تعاطى المخدر حتى فى المراحل البعيدة من المتابعة ، التى امتدت من ٣ إلى ٥ سنوات. ومن المثير للشغف ما عرضته "دراسه توقعات النتائج العلاجية" حول العلاقة بين زيادة الوعى من خلال تطبيق تحليل للتكلفة / الفائدة على العلاج ، وبين حجم الجرائم ذات العلاقة بالمخدرات والتكاليف الأخرى المترتبة على استخدامها ، وذلك بالنسبه لمستخدمى المخدرات قبل العلاج، وبين الانخفاض الجوهرى فى هذه التكلفة ، أثناء كل من فترة المشاركة فى العلاج وبعدها.

(1) Abuse .

References

Alcoholics Anonymous (1955) *The Story of How Many Thousands of Men and Women Have Recovered from Alcoholism*, New York: AA Publishing.

Anderson, D. and Solomon, P. (1971) 'Drug dependence', in P. Solomon and V. D. Patch (eds) *Handbook of Psychiatry*, Los Altos, Calif.: Large Medical Publications.

Annis, H. (1986) 'A relapse prevention model for treatment of alcoholics', in W. Miller and N. Heather (eds) *Treating Addictive Behaviours*, New York: Plenum.

Armor, D. J., Polich, J. and Stanbul, H. (1978) *Alcoholism and Treatment*, New York: Wiley.

Ball, J. and Ross, A. (1991) *The Effectiveness of Methadone Maintenance Treatment*, New York: Springer.

Bandura, A. (1977) *Social Learning Theory*, Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Bandura, A. (1982) 'Self-efficacy mechanisms in human agency', *American Psychologist* 27: 122–47.

Bebbington, P. E. (1976) 'The efficacy of Alcoholics Anonymous: the elusiveness of hard data', *British Journal of Psychiatry* 128: 572–80.

Biernacki, P. (1986) *Pathways from Heroin Addiction*, Philadelphia: Temple University Press.

Bradley, B. P. and Gossop, M. R. (1983) 'Differences in attitudes towards drug-taking among drug addicts: implications for treatment', *Drug and Alcohol Dependence* 10: 361–6.

Bradley, B., Phillips, G., Green, L. and Phillips, G. (1989) 'Circumstances surrounding the initial lapse to opiate use after detoxification', *British Journal of Psychiatry* 154: 354–9.

Caddy, G. and Lovibond, S. (1976) 'Self-regulation and discriminated aversive conditioning in the modification of alcoholics' drinking behavior', *Behavior Therapy* 7: 223–30.

Callner, D. A. and Ross, S. M. (1980) 'Behavioral treatment approaches to drug abuse', in J. Ferguson and C. Taylor (eds) *The Comprehensive Handbook of Behavioral Medicine. Vol. 3*, New York: SP Medical and Scientific Books.

Childress, A. R., McLellan, A. and O'Brien, C. (1984) 'Measurement and extinction of conditioned withdrawal-like responses in opiate dependent patients', in L. Harris (ed.) *Problems of Drug Dependence*, Washington: NIDA Monogr, 49: 212–19.

Childress, A. R., McLellan, A., Ehrman, R. and O'Brien, C. (1988) 'Classically conditioned responses in opioid and cocaine dependence: a role in relapse?' in B. Ray (ed.) *Learning Factors in Substance Abuse*, Washington: NIDA Monogr, 84: 25–43.

Clare, A. W. (1977) 'How good is treatment', in G. Edwards and M. Grant (eds) *Alcoholism, New Knowledge and New Responses*, London: Croom Helm.

Davies, D. L. (1962) 'Normal drinking in recovered alcohol addicts', *Quarterly Journal of Studies on Alcohol* 23: 94–104.

Dole, V. P. and Nyswander, M. E. (1965) 'A medical treatment for diacetymorphine (heroin) addiction', *Journal of the American Medical Association* 193: 646–50.

Donovan, D. and Chaney, E. (1985) 'Alcoholic relapse prevention and intervention: models and methods', in A. Marlatt and J. Gordon (eds) *Relapse Prevention*, New York: Guilford.

Edwards, G. (1989) 'As the years go rolling by. Drinking problems in the time dimension', *British Journal of Psychiatry* 154: 18–26.

Edwards, G. and Guthrie, S. (1967) 'A controlled trial of in-patient and out-patient treatment of alcohol dependency', *Lancet* 1: 555–9.

Einstein, S. (1966) 'The narcotics dilemma: who is listening to what?' *International Journal of the Addictions* 1: 1–6.

Einstein, S. and Garitano, W. (1972) 'Treating the abuser: problems, factors and alterations', *International Journal of the Addictions* 7: 321–31.

Fox, R. (1967) 'A multidisciplinary approach to the treatment of alcoholism', *American Journal of Psychiatry* 123: 769–78.

Fremouw, W. J. and Brown, J. P. (1980) 'The reactivity of addictive behaviors to self-monitoring: a functional analysis', *Addictive Behaviors* 5: 209–17.

Fuller, R., Branchey, D., Brightwell, R., Derman, C., Emrick, F., Iber, K., James, R., Lacoursiere, K., Lowenstam, I., Maany, D., Neiderhiser, J. and Shaw, S. (1986) 'Disulfiram treatment of alcoholism: a Veterans Administration cooperative study', *Journal of the American Medical Association* 256: 1449–55.

Glass, I. (1991) 'Alcoholic brain damage: what does it mean to patients?' *British Journal of Addiction* 86: 819–21.

Glatt, M. M. (1983) 'Alcohol dependence: the "lack of control" over alcohol and its implications', in M. Glatt and J. Marks, *The Dependence Phenomenon*, Lancaster: MTP Press.

Gossop, M. R. (1978) 'A review of the evidence for methadone maintenance as a treatment for narcotic addiction', *Lancet* 1: 812–15,

Gossop, M. R. (1981) *Theories of Neurosis*, Berlin; Heidelberg; New York: Springer.

Gossop, M. R. (1982) *Living with Drugs*, London: Temple Smith.

Gossop, M. (1987) 'Beware cocaine', *British Medical Journal* 295: 945.

Gossop, M. R. and Connell, P. H. (1983) 'Drug dependence: who gets treated?' *International Journal of the Addictions* 18: 99–109.

Gossop, M. R. and Eysenck, S. B. G. (1980) 'A further investigation into the personality of drug addicts in treatment', *British Journal of Addiction* 75: 305–11.

Gossop, M. and Grant, M. (1991) 'A six-country survey of the content and structure of heroin treatment programmes using methadone', *British Journal of Addiction* 86: 1151–60.

Gossop, M. R., Cobb, J. P. and Connell, P. H. (1975) 'Self-destructive behaviour in oral and intravenous drug dependent groups', *British Journal of Psychiatry* 126: 266–9.

Gossop, M. R., Eiser, J. R. and Ward, E. (1982a) 'The addicts' perceptions of their own drug-taking: implications for the treatment of drug dependence', *Addictive Behaviors* 7: 189–94.

Gossop, M. R., Strang, J. and Connell, P. H. (1982b) 'The response of out-patient opiate addicts to the provision of a temporary increase in their prescribed drugs', *British Journal of Psychiatry* 141: 338–43.

Gossop, M., Johns, A. and Green, L. (1986) 'Opiate withdrawal: in-patient versus out-patient programmes and preferred versus random assignment to treatment', *British Medical Journal* 293: 103–4.

Gossop, M., Green, L., Phillips, G. and Bradley, B. (1987) 'What happens to opiate addicts immediately after treatment: a prospective follow-up study', *British Medical Journal* 294: 1377–80.

Gossop, M., Green, L., Phillips, G. and Bradley, B. (1989) 'Lapse, relapse and survival among opiate addicts after treatment', *British Journal of Psychiatry* 154: 348–53.

Heather, N. and Robertson, I. (1981) *Controlled Drinking*, London: Methuen.

Hedberg, A. and Campbell, L. (1974) 'A comparison of four behavioural treatment approaches to alcoholism', *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry* 5: 251–6.

Heather, N., Whitton, B. and Robertson, I. (1986) 'Evaluation of a self-help manual for media-recruited problem drinkers: six-month follow-up results, *British Journal of Clinical Psychology* 25: 19–34.

Hodgson, R. (1972) 'Behaviour Therapy', in G. Edwards and M. Grant (eds) *Alcoholism – New Knowledge and New Responses*, London: Croom Helm.

Hodgson, R. J. (1982) 'Behavioral psychotherapy for compulsions and addictions', in J. R. Elser (ed.) *Social Psychology and Behavioral Medicine*, New York: Wiley.

Hodgson, R. J. and Rankin, H. J. (1976) 'Modification of excessive drinking by cue exposure', *Behaviour Research and Therapy* 14: 305–7.

Hodgson, R., Stockwell, T. and Rankin, H. (1979) 'Can alcohol reduce tension?' *Behaviour Research and Therapy* 17: 459–66.

Hubbard, R., Marsden, M., Rachal, V., Harwood, H., Cavanaugh, E. and Ginzburg, H. (1989) *Drug Abuse Treatment: A National Study of Effectiveness*, Chapel Hill: University of North Carolina Press.

Janis, I. and Mann, L. (1977) *Decision Making: A Psychological Analysis of Conflict, Choice and Commitment*, London: Collier Macmillan.

Jindra, N. J. and Forslund, M. A. (1978) 'Alcoholics Anonymous in a western US city', *Journal of Studies on Alcoholism* 39: 110–20.

Joe, G. W. and Simpson D. D. (1974) 'Research on patient retention in treatment', cited in J. B. Milby (1981) *Addictive Behaviour and its Treatment*, New York: Springer.

Kanfer, F. and Phillips, J. (1970) *Learning Foundations of Behaviour Therapy*, New York: Wiley.

Keller, M. (1972) 'On the loss of control phenomenon in alcoholism', *British Journal of Addiction* 67: 153.

Kissen, B., Platz, A. and Su, W. H. (1970) 'Selective factors in treatment choice and outcome in alcoholics', in N. K. Mello and J. H. Mendelson (eds) *Recent Advances in Studies of Alcoholism*, Washington: US Government Printing Office.

Kleber, H. D. (1981) 'Detoxification from narcotics', in J. Lowinson and P. Ruiz (eds) *Substance Abuse*, Baltimore: Williams & Wilkins.

Kraft, T. (1969) 'Successful treatment of a case of chronic barbiturate addiction', *British Journal of Addiction* 64: 115–20.

Ling, W. and Wesson, D. (1984) 'Naltrexone treatment for addicted health-care professionals: a collaborative private practice experience', *Journal of Clinical Psychiatry* 45: 46–8.

Litman, G. (1980) 'Relapse in alcoholism', in G. Edwards and M. Grant (eds) *Alcoholism Treatment in Transition*, London: Croom Helm.

Litman, G. (1986) 'Alcoholism survival: the prevention of relapse', in W. Miller and N. Heather (eds) *Treating Addictive Behaviours*, New York: Plenum.

Marlatt, G. A. and George, W. (1984) 'Relapse prevention: introduction and overview of the model', *British Journal of Addiction* 79: 261–73.

Marlatt, G. A. and Gordon, J. R. (1985) *Relapse Prevention*, New York: Guilford.

Mayer, J. and Myerson, D. J. (1971) 'Out-patient treatment of alcoholics: effects of status, stability, and nature of treatment', *Quarterly Journal of Studies on Alcoholism* 32: 620–7.

Miller, W. R. (1977) 'Behavioural self-control training in the treatment of problem drinkers', in R. B. Stuart (ed.) *Behavioural Self-Management, Strategies, Techniques and Outcomes*, New York: Brunner/Mazel.

Miller, W. R. (1978) 'Behavioural treatment of problem drinkers: a comparative outcome study of three controlled drinking therapies', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 46: 74–86.

Miller, W. (1983) 'Motivational interviewing with problem drinkers', *Behavioural Psychotherapy* 11: 147–72.

Miller, W. R. and Hester, R. K. (1980) 'Treating the problem drinker: modern approaches', in W. R. Miller (ed.) *The Addictive Behaviours*, New York: Pergamon.

Moos, R., Finney, J. and Cronkite, R. (1990) *Alcoholism Treatment: Context, Process and Outcome*, New York: Oxford University Press.

Newman, R. G. (1977) *Methadone Treatment in Narcotic Addiction*, New York: Academic Press.

O'Brien, C. and Childress, A. R. (1991) 'Behaviour therapy of drug dependence', in, I. Glass (ed.) *Addiction Behaviour*, London: Routledge.

O'Brien, C. P. and Greenstein, R. A. (1981) 'Treatment approaches: opiate antagonists', in J. H. Lowinson and P. Ruiz (eds) *Substance Abuse: Clinical Problems and Perspectives*, Baltimore: Williams and Wilkins.

O'Brien, C., Chaddock, B., Woodey, G. and Greenstein, R. (1974) 'Systematic extinction of addiction-associated rituals using narcotic antagonists', *Psychosomatic Medicine*, 36: 458.

Orford, J. (1985) *Excessive Appetites*, New York: Wiley.

Orford, J., Oppenheimer, E. and Edwards, G. (1976) 'Abstinence or control: the outcome for excessive drinkers two years after consultation', *Behaviour Research and Therapy* 14: 409–18.

Pattison, E. M. (1976) 'Non-abstinent drinking goals in the treatment of alcoholism', *Archives of General Psychiatry* 33: 923–30.

Pattison, E. M. (1977) 'Ten years of change in alcoholism treatment and delivery', *American Journal of Psychiatry* 134: 261–6.

Polich, J. M., Armor, D. J. and Braiker, H. B. (1981) *The Course of Alcoholism*, New York: Wiley.

Powell, J., Gray, J., Bradley, B., Kasvikkis, Y., Strang, J., Barratt, L. and Marks, I. (1990) 'The effects of exposure to drug-related cues in detoxified opiate addicts: a theoretical review and some new data', *Addictive Behaviors* 15: 339–54.

Prochaska, J. and DiClemente, C. (1982) 'Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change', *Psychotherapy, Theory, Research and Practice* 19: 276–8.

Prochaska, J. and DiClemente, C. (1983) 'Stages and processes of self-change in smoking: towards an integrative model of change', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 5: 390–5.

Prochaska, J. and DiClemente, C. (1986) 'Toward a comprehensive model of change', in, W. Miller and N. Heather (eds) *Treating Addictive Behaviors*, New York: Plenum.

Raw, M. (1978) 'The treatment of cigarette dependence', in Y. Israel, F. Glaser, H. Kalant, R. Popham, W. Schmidt and R. Smart (eds) *Research Advances in Alcohol and Drug Problems. Vol. 4*, New York: Plenum.

Scott, D. and Goldberg, H. (1973) 'The phenomenon of self-perpetuation in Synanon-type drug treatment programmes', *Hospital and Community Psychiatry* 24: 231–3.

Selzer, M. L. (1967) 'The personality of the alcoholic as an impediment to psychotherapy', *Psychiatric Quarterly* 41: 38–45.

Siegel, S. (1983) 'Classical conditioning, drug tolerance, and drug dependence', in R. Smart, F. Glaser, Y. Israel, H. Kalant, R. Popham and W. Schmidt (eds) *Research Advances in Alcohol and Drug Problems*, New York: Plenum.

Sobell, L. C. and Sobell, M. B. (1973) 'A self feedback technique to monitor drinking behaviour in alcoholics', *Behaviour Research and Therapy* 11: 237–8.

Stewart, J., de Wit, H. and Eikelboom, R. (1984) 'Role of unconditioned and conditioned drug effects in the self-administration of opiates and stimulants', *Psychological Review* 91: 251–68.

Teasdale, J. (1972) 'The perceived effect of heroin on the interpersonal behaviour of heroin-dependent patients, and a comparison with stimulant-dependent patients', *International Journal of the Addictions* 7: 533–48.

Teasdale, J. (1973) 'Conditioned abstinence in narcotic addicts', *International Journal of the Addictions* 8: 273–92.

US institute of Medicine (1990) *Broadening the Base of Treatment for Alcohol Problems*, Washington: National Academy Press.

van Bilsen, H. (1988) 'Motivating drug users to change', in G. Bennett (ed.) *New Directions in the Treatment of Drug Abuse*, London: Routledge.

van Bilsen, H. and van Emst, A. (1986) 'Heroin addiction and motivational milieu therapy', *International Journal of the Addictions* 21: 707–13.

Voegtlin, W. L. (1940) 'The treatment of alcoholism by establishing a conditioned reflex', *American Journal of Medical Sciences* 199: 802–10.

Vogler, R. E., Compton, J. V. and Weissbach, T. A. (1975) 'Integrated behaviour change techniques for alcoholism', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 43: 233–43.

Wallerstein, R. S. (1956) 'Comparative study of treatment methods for chronic alcoholism', *American Journal of Psychiatry* 113: 228–33.

Washton, A., Pottash, A. and Gold, M. (1984) 'Naltrexone in addicted business executives and physicians', *Journal of Clinical Psychiatry* 45: 39–41.

Wiens, A. N., Montague, J. R., Manaugh, T. S. and English, C. J. (1976) 'Pharma cological aversive counter-conditioning to alcohol in a private hospital: one year follow-up', *Journal of Studies on Alcoholism* 37: 1320–4.

Wikler, A. (1948) 'Recent progress in research on the neurophysiologic basis of morphine addiction', *American Journal of Psychiatry* 105: 329–38.

Wilker, A. (1965) 'Conditioning factors in opiate addiction and relapse', in D. Wilner and G. Kassenbaum (eds) *Narcotics*, New York: McGraw Hill.

Wikler, A. (1980) *Opioid Dependence*, New York: Plenum.

Wikler, A., Fraser, H. and Isbell, H. (1953) 'N-Allylnormorphine: effects of single doses and precipitation of acute abstinence syndromes during addiction to morphine, methadone or larine in man (post-addicts)', *Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics* 109: 8–20.

Wille, R. (1980) 'Case studies I. Natural processes of recovery', in G. Edwards and A. Arif (eds) *Drug Dependence in a Socio-Cultural Context*, Geneva: WHO.

Wilson, G. T. (1978a) 'Booze, beliefs and behaviour: cognitive processes in alcohol use and abuse', in P. E. Nathan, G. A. Marlatt and T. Loeberg (eds) *Alcoholism: New Directions in Behavioural Research and Treatment*, New York Plenum.

Wilson, G. T. (1987b) 'The importance of being theoretical: a commentary on Bandura's "Self-efficacy: towards a unifying theory of behavioural change"', *Advances in Behaviour, Research and Therapy* 1: 217–30.

Woody, G. E., O'Brien, C. P., McLellan, A. T. and Mintz, J. (1981) 'Psychotherapy for opiate addiction: some preliminary results', *Annals of the New York Academy of Sciences*, 362: 91–100.

Zuska, J. and Pursch, J. (1980) 'Long-term management', in S. Gitlow and H. Peyser (eds) *Alcoholism: A Practical Treatment Guide*, New-York: Grune and Stratton.